

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA

SAN VICENTE MÁRTIR



TESIS DOCTORAL

**MUJERES DROGODEPENDIENTES Y MEDIO
PENITENCIARIO. ANÁLISIS DEL PROCESO DE LA
RECAÍDA Y VARIABLES INFLUYENTES EN EL MISMO**



PRESENTADA POR:

Ángel Manuel Turbi Pinazo

DIRIGIDA POR:

Dr. Gabriel Martínez Rico

Dra. Fanny Tania Añaños Bedriñana

2016

Dibujo Portada: "Una mujer en la cárcel"

Autora: Aitana Llácer Ausina (6 años)

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo se inserta en un marco del Plan Nacional de Investigación, concretamente el Proyecto I+D+I denominado “Mujeres reclusas drogodependientes y su reinserción social. Estudio socioeducativo y propuestas de acción” [EDU2009-13408], financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (MICIIN) del Gobierno español. Asimismo, cabe agradecer el apoyo y participación de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, la Consejería de Justicia de la Generalidad de Cataluña, a cada uno de los centros de cumplimiento de pena donde se nos acogió y permitió realizar el estudio, a sus profesionales y a todas las mujeres reclusas que han dado sus testimonios.

Como no puede ser de otra forma, la paciencia de mis directores ha sido infinita, al igual que su apoyo incondicional, gracias a Fanny T. Añaños Bedriñana, (por tanto) y a Gabriel Martínez Rico, por la confianza depositada, no tiene precio.

A esos grandes investigadores de los que he aprendido tanto: Francisco Jiménez Bautista, Juan José Llopis Llácer, Miguel Melendro Estefanía; a Desirée Romero Molina por su predisposición y eficacia. A Mar García Vita, por el acompañamiento en el camino, el cual, iniciamos juntos.

No puedo dejar de nombrar al “núcleo duro” del grupo de investigación TXP, con los que de forma fortuita me inicié en el apasionante mundo de la investigación: Gonzalo Haro Cortés, César Mateu Hernández, Sonia Francés Olmos y como no, muchas gracias a ti, Ana Benito Delegido.

A Andrés Roig Traver, por creer en mí; a PH y sus grandes profesionales donde crecí.

A esos compañeros/as de la UCV, que sin saberlo han estado, y de forma sorprendente, los y las que al final me han aguantado en la madrugada, en especial a Reyes Moliner Alberó, por su disponibilidad y generosidad.

Sin saberlo a la SEPD, gracias Rosa, Rita y Lorena.

A mi México lindo. Gracias Centros de Integración Juvenil.

A mi querida Argentina. Gracias Juan Mansilla. No puedo dejar de nombrarte Vero, por todo.

A la Alhambra y la inspiración que me dio.

A todos y todas mis pacientes por lo que he aprendido y sigo aprendiendo.

Por supuesto, a mi familia: los tres; mis amigos/as, y como no, especialmente a ti Juan Luis, gracias.

A Ellas: vulnerables e invisibles.

A Ella.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	15
I. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	21
CAPÍTULO 1. EL MEDIO PENITENCIARIO.....	23
1.1. Breve revisión histórica: la prisión en la historia.....	25
1.1.1. Hitos importantes en la historia de la prisión y cárceles femeninas en España.....	28
1.1.2. Sistema Penitenciario Español.....	30
CAPÍTULO 2. RELACIÓN ENTRE CONDUCTA DELICTIVA Y CONDUCTA ADICTIVA.....	51
2.1. Modelo conceptual tripartito de Goldstein.....	55
2.1.1. Hipótesis psicofarmacológica. Violencia psicofarmacológica.....	55
2.1.2. Hipótesis de la necesidad económica. Violencia Económico - Compulsiva.....	56
2.1.3. Hipótesis de la Violencia Sistémica.....	56
2.2. La delincuencia femenina.....	57
CAPÍTULO 3. PERSPECTIVA DE GÉNERO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS EN PRISIÓN.....	61
3.1. Delimitación conceptual de la Perspectiva de Género en el medio penitenciario.....	63
3.2. Atención al género en materia penitenciaria.....	69
3.3. Consumo de sustancias y medio penitenciario. Sustancias más consumidas y patrones de consumo.....	75
3.4. Género, Mujeres reclusas y consumo de sustancias.....	79
CAPÍTULO 4. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES EN PRISIÓN.....	87

4.1. Revisión de programas de tratamientos de adicciones en el sistema penitenciario español.....	94
4.1.1. Programas de Prevención y Educación para la Salud. Mediación en salud.....	95
4.1.2. Programas orientados a la abstinencia.....	96
4.1.3. Programas de reducción de daños y riesgos.....	99
4.1.4. Otros programas.....	104
CAPÍTULO 5. RECAÍDA Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN CONSUMO DE DROGAS.....	113
5.1. Conceptos básicos en prevención de recaídas.....	117
5.1.1. Recaída: definición y conceptos relacionados.....	117
5.1.2. Craving: Tipos, modelos y terapéutica.....	127
5.1.3. Farmacoterapia y craving.....	133
5.2. Modelos en prevención de recaídas.....	139
5.2.1. Programa de Prevención desde un Enfoque Cognitivo Conductual de Marlatt.....	140
5.2.2. Recaída y Modelo Transteórico de Cambio.....	146
II. MARCO EMPÍRICO.....	155
CAPÍTULO 6. PLANTEAMIENTOS METODOLÓGICOS.....	157
6.1. Hipótesis.....	159
6.2. Objetivos.....	160
6.3. Material y Método.....	160
6.3.1. Marco general de la investigación.....	160
6.3.2. Procedimiento.....	163

6.3.3. Muestra objeto de la investigación.....	169
6.3.4. Instrumentos.....	170
6.3.5. Variables seleccionadas.....	172
CAPÍTULO 7. RESULTADOS: PERFIL DE LA MUESTRA SEGÚN VARIABLES ESTUDIADAS.....	177
7.1. Perfil adictivo.....	179
7.2. Variables sociodemográficas.....	179
7.3. Variables jurídico-legales.....	185
7.4. Variables relacionadas con la vida en prisión.....	189
7.5. Variables relacionadas con historial adictivo - drogodependencia y sus tratamientos.....	193
7.6. Variables en relación a la salud mental y sus tratamientos.....	201
7.7. Otras variables.....	215
CAPÍTULO 8. RESULTADOS: MOTIVOS DE RECAÍDAS Y VARIABLES INFLUYENTES.....	219
8.1. Motivos de recaídas.....	222
8.1.1. Motivo 1: craving.....	222
8.1.2. Motivo 2: exceso de seguridad.....	223
8.1.3. Motivo 3: emociones desagradables.....	224
8.1.4. Motivo 4: ingreso en prisión.....	225
8.1.5. Motivo 5: sobre la maternidad.....	226
8.1.6. Motivo 6: excarcelación y contextos externos de consumo.....	227
8.1.7. Motivo 7: problemática social.....	228
8.1.8. Motivo 8: problemática familiar.....	229

8.1.9. Motivo 9: sobre la pareja.....	230
8.1.10. Motivo 10: dificultades de afrontamiento.....	231
8.1.11. Otros motivos.....	232
8.2. Motivos de recaídas y variables sociodemográficas.....	233
8.2.1. Edad.....	233
8.2.2. Pareja.....	236
8.2.3. Hijos/as.....	238
8.2.4. Nivel de estudios.....	240
8.2.5. Practicante de religión.....	244
8.3. Motivos de recaídas y variables jurídico-legales.....	247
8.3.1. Tipo de delito.....	247
8.3.2. Primera condena.....	250
8.3.3. Tiempo en prisión.....	253
8.3.4. Tiempo de condena.....	255
8.4. Motivos de recaídas y variables relacionadas con la vida en prisión.....	260
8.4.1. Cursos de empleo.....	260
8.4.2. Participación en programas.....	263
8.4.3. Valoración de estancia en prisión.....	266
8.4.4. Nivel de apoyo.....	269
8.5. Motivos de recaídas y variables relacionadas con historial adictivo - drogodependencia y sus tratamientos.....	272
8.5.1. Sustancia de abuso anterior al ingreso en prisión.....	272
8.5.2. Tratamiento drogas anterior al ingreso en prisión.....	277

8.5.3. Tipo de tratamiento: desintoxicación.....	280
8.5.4. Tipo de tratamiento: ambulatorio.....	282
8.5.5. Tipo de tratamiento: centro de día.....	285
8.5.6. Tipo de tratamiento: comunidad terapéutica.....	288
8.5.7. Tipo de tratamiento: Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM).....	290
8.5.8. Tipo de tratamiento: otros.....	293
8.5.9. Continuación del tratamiento.....	296
8.5.10. Tratamiento en la actualidad.....	298
8.5.11. Tratamiento en la actualidad: desintoxicación.....	301
8.5.12. Tratamiento en la actualidad: deshabituación sin metadona.....	304
8.5.13. Tratamiento en la actualidad: deshabituación con metadona.....	306
8.5.14. Tratamiento en la actualidad: programa de intercambio de jeringuillas.....	309
8.5.15. Valoración del tratamiento.....	313
8.5.16. Estadio de cambio.....	316
8.6. Motivos de recaídas y variables relacionadas a la salud mental y sus tratamientos.....	326
8.6.1. Sintomatología depresiva.....	326
8.6.2. Sintomatología ansiosa.....	329
8.6.3. Deterioro cognitivo.....	331
8.6.4. Sintomatología psicótica.....	334
8.6.5. Dificultad en el control de los impulsos.....	338
8.6.6. Trastorno de la personalidad: antisocial, límite o histriónico.....	342

8.6.7. Trastorno de la conducta alimentaria: tipo anorexia.....	345
8.6.8. Trastorno de la conducta alimentaria: tipo bulimia.....	347
8.6.9. Conductas suicidas.....	350
8.6.10. Autolesiones.....	353
8.6.11. Tratamiento.....	356
8.6.12. Tratamiento: automedicación.....	359
8.6.13. Tratamiento: farmacológico recetado.....	362
8.6.14. Tratamiento: psicológico.....	365
8.7. Motivos de recaídas y otras variables influyentes.....	368
8.7.1. Víctima de malos tratos.....	368
8.7.2. Antecedentes de consumo en familiares / pareja.....	370
CAPÍTULO 9. DISCUSIÓN.....	375
CAPÍTULO 10. CONCLUSIONES.....	405
10.1. Limitaciones.....	415
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	417
ANEXOS.....	463
ANEXO 1. Encuesta sobre mujeres drogodependientes en medio penitenciario y su inserción social (proyecto: ref. Edu2009-13408).....	465
ANEXO 2. Consentimiento informado.....	491
ANEXO 3. Autorización de investigación del Ministerio del Interior. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.....	495
ANEXO 4. Autorización de investigación: Generalitat de Catalunya.....	499

INTRODUCCIÓN

¿Y por qué hablar de mujeres drogodependientes y medio penitenciario? En Marzo de 2016, existía en España una población reclusa de 61.573 presos/as, de esta población 4.689 son mujeres, es decir, únicamente un 7.62% del total, según los datos publicados por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP, 2016). Esta cifra es muy inferior a la de hombres reclusos, por lo que dicha población, la femenina, entre otros motivos, es una gran olvidada dentro de la realidad penitenciaria y fuera de ella, como son otros contextos sociales dedicados a la re-inserción.

Uno de los motivos de dicho olvido, es la suma de, por un lado, ser población reclusa, ya que el mundo penitenciario, en numerosas ocasiones pasa desapercibido para la propia investigación, para ciertas políticas sociales e incluso para otros agentes de intervención social; agrava dicha situación, la condición de ser mujer, y aún más, ser mujer reclusa y drogodependiente, debido a la masculinización de estos ámbitos: el penitenciario y el del tratamiento de personas drogodependientes, conllevando a una invisibilidad del colectivo objeto de nuestro estudio, que por su escasa representación numérica en el total de la población interna en centros penitenciarios, aumenta el estigma social y la exclusión de dicha población.

Partiendo del análisis del contexto penitenciario y en concreto de las mujeres drogodependientes en este entorno, su realidad del día a día, junto a sus carencias y necesidades, y por la condición de exclusión social que conlleva su situación, se ha pretendido hacer visible una parte de la misma desde este trabajo. En concreto, se ha tenido en cuenta a aquellas mujeres, que siendo su situación más compleja debido a una problemática añadida: la drogodependencia, una realidad presente en el medio penitenciario.

Si bien, este trabajo versa sobre la situación de las mujeres drogodependientes en medio penitenciario, y en concreto sobre el fenómeno de las recaídas en las adicciones y el análisis de ciertas variables (sociodemográficas, jurídico-legales, así como las relacionadas con la vida en prisión, el historial adictivo, el estado de salud mental y sus tratamientos, entre otras), el estudio realizado, se encuentra inserto en un marco general dentro del Plan Nacional de

Investigación, con el Proyecto I+D+I denominado “Mujeres reclusas drogodependientes y su reinserción social. Estudio socioeducativo y propuestas de acción” [EDU2009-13408].

Para ello, la presente tesis, se divide en dos partes bien diferenciadas; por un lado la contextualización del ámbito penitenciario femenino y la drogodependencia dentro de un Marco Teórico y por otro el análisis estadístico de los motivos de recaídas en relación a las variables seleccionadas que “a priori” influyen en el mismo.

Comenzamos el Marco Teórico, introduciendo la temática desde una visión general del contexto penitenciario, donde hacemos un breve recorrido a lo largo de su historia, deteniéndonos, en referencias importantes relativas a las prisiones femeninas. Tras realizar esta revisión, se analiza el sistema penitenciario español, su organización, haciendo hincapié en la descripción del recluso/a, así como las características de dicha población en nuestro país.

A continuación, dentro del marco teórico descrito, y teniendo en cuenta la relación entre conducta delictiva y uno de los ejes centrales del presente trabajo, la conducta adictiva, analizamos sus relaciones de un modo teórico, por supuesto haciendo referencia a la delincuencia femenina.

Una premisa que ha condicionado el presente estudio, tomada como eje transversal, es la visión de género, por lo que no se ha pasado por alto la extensa revisión tomando esta perspectiva, tanto desde el enfoque y revisión documental, con el fin de contextualizarlo en el contexto penitenciario y el consumo de drogas en el colectivo que nos ocupa.

Otro gran bloque considerado, por lo que al tema de adicciones se refiere, es el de los tratamientos existentes para esta problemática en el contexto penitenciario, haciendo un análisis minucioso de los existentes en nuestras prisiones. De este modo, llegamos al tema principal del estudio, las recaídas en los procesos adictivos, revisando factores influyentes y modelos teóricos que las sustentan.

Tras esta visión teórica, que se ha realizado desde el ámbito general al particular, procedemos a desarrollar la segunda parte, relativa al Marco Empírico del trabajo presentado, contextualizando el marco general de la investigación, tras el planteamiento de hipótesis y objetivos. En esta parte, se detalla el procedimiento llevado a cabo tanto en el trabajo de campo, como el previo al mismo, hasta llegar a la descripción de los resultados obtenidos junto al análisis estadístico, y su posterior discusión y relación de las conclusiones extraídas.

Del mismo modo, incluimos en esta última parte del trabajo, las limitaciones encontradas en el estudio, tanto en el trabajo de campo como en la dificultad de encontrar estudios similares en la literatura científica.

No podemos dejar de justificar la investigación realizada, obteniendo como fruto el presente trabajo, el nombrar su eje transversal: mujeres-drogas-medio penitenciario, trinomio presente a lo largo del mismo, tratado desde una perspectiva de género, habiendo sido tenido en cuenta, tanto en el marco teórico, como posteriormente en el planteamiento empírico y el análisis de sus resultados.

Consideramos que la tesis presentada contiene datos relevantes, los cuales aportan luz al estado de la cuestión, ya que el estudio es innovador desde varias perspectivas, por un lado, por el colectivo estudiado, mujeres reclusas drogodependientes, siendo invisible en la investigación y por otro, por el análisis seleccionado, los motivos de recaídas, y no sólo la prevalencia de las mismas, dando un valor añadido, a saber, la búsqueda de relaciones entre dichos motivos estudiados y otras variables, seleccionadas éstas, desde una perspectiva de género, sin olvidarnos del medio penitenciario y la drogodependencia.

I. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

CAPÍTULO 1. EL MEDIO PENITENCIARIO

La prisión, entendida como un espacio de retención de personas, y como institución para la misma, ha ido evolucionando a lo largo de la historia hasta llegar a hacer su objetivo principal la rehabilitación y reeducación de las personas que en ella residen (García-Vita y Melendro, 2013). Teniendo en cuenta dicho fin, no podemos entender la prisión meramente como una institución, sino como un espacio donde residen personas, trabajan profesionales con un objetivo definido, como dice Clemente (1997a, p. 324), *“la prisión es más que la suma de actividades ocupacionales que dentro de ella se realizan”*.

Dichas actividades o intervenciones socioeducativas – asistenciales y terapéuticas realizadas intramuros, para su mayor eficacia o impacto, requieren de unas estrategias básicas: propiciar un ambiente adecuado implicando al personal que trabaja con los internos/as facilitando las intervenciones (Del Rey, 2004). La vida en el interior plantea unas características, factores y condiciones propias que la diferencian de la vida en el exterior (Clemente, 1997b).

Los centros penitenciarios, no los podemos reducir a un edificio funcional y administrativo, sino a un espacio de socialización y con fin último de reeducación y reinserción de los internos/as (Añaños, Fernández y Llopis, 2013).

Del mismo modo, tal y como señala Añaños (2012), el conjunto de reclusos/as, configura un colectivo que presenta unas situaciones y características propias, con necesidades y carencias diversas que han conllevado la exclusión, con sus riesgos y vulnerabilidades, y a su vez potencialidades, donde el abordaje socioeducativo es fundamental.

En conjunto, podemos afirmar que la prisión como institución, la vida en su interior, las personas que la configuran, tanto presos/as como personal profesional, sus relaciones y el objetivo de rehabilitación y reeducación, crea un escenario que necesita profundizar en su estudio.

1.1. Breve revisión histórica: la prisión en la historia

Desde una visión histórica, las prisiones han existido a lo largo de ella, como espacios de encierro donde las personas eran castigadas, teniendo como base y fundamento, el código moral del momento regulador de la vida social (Añaños, 2012).

Existen referencias realizadas por diferentes historiadores en las que la prisión no se relaciona con la imposición de castigos, sino con la custodia de los reos que se encontraban a la espera de juicio y de recibir sentencia (López-Melero, 2012; Tomás y Valiente, 1979).

Ya en la antigua Grecia, nos encontramos con documentos donde aparecen diferentes modalidades de internamiento, utilizando espacios como canteras para este fin; la retención y reclusión de deudores, con el objetivo que éstos pagasen, etc.; en la Roma Clásica, desde el derecho romano, incluso se hablaba de arquitectura carcelaria, existiendo la cárcel preventiva y la prisión por deudas, sometiendo en ocasiones a los reos a trabajos forzados, los cuales estaban custodiados por guardianes, siendo éstos los precursores de los actuales funcionarios de prisiones (Fernández-Escorial, 2006; López-Melero, 2012).

Siglos más tarde, en la Edad Media, y con el origen de los Estados Modernos, se diferencian los presos y los penados; lo relacionado con la prisión se describía como una falta de espacios, masificación y hacinamiento, falta de higiene, abusos..., por lo que, además de prisiones laicas, las organizaciones caritativas y otras religiosas comienzan a hacerse cargo del colectivo dando lugar a la prisión eclesiástica. En la transición de la Edad Media a la Edad Moderna, no se dan grandes avances sociales mejorando la situación de los reclusos siendo utilizados como mano de obra, aparecen las penas en galeras, si bien se inicia cierta humanización de las prisiones que dan lugar a las casas de trabajo, donde se reclusan a mujeres, clasificando ya a los reos/as en función del sexo (Almeda, 2002; Cruces, 2004; López-Melero, 2012; Rivera y Almeda, 2005).

Avanzando en la historia, ya en el S. XVIII, comienza la preocupación social y el concepto de pena privativa, apareciendo en Europa, lo que podemos llamar los dos primeros Centros Penitenciarios, edificados para dicha función: el Hospicio San Michelle en la ciudad de Roma en 1704 y la prisión de Gante en 1773; años mas tarde en 1776, se crea la primera prisión en continente americano, construida por los cuáqueros, la Walnut Stret Jail (López-Melero, 2012) y ya en el XIX, con ciertas reformas liberales, aparecen nuevos enfoques penitenciarios, considerando la libertad como valor primordial (Fernández-Escorial, 2006). Con el inicio de las construcciones de Centros Penitenciarios, se crean modelos

arquitectónicos, pensando en el control y tratamiento de los reclusos/as, surgiendo diversos sistemas: filadélfico, auburniano y progresivo, siendo este último el que toma mayor relevancia por dirigirse hacia un fin correctivo de los presos/as (Leganés, 2005). Dicho sistema evoluciona, y es con el español Manuel Montesinos donde se desarrolla, llegando a implantarse, y que dividía en tres periodos la vida en prisión: a) primer periodo, “de los hierros”, donde no se tenía contacto con otros internos; b) segundo periodo “del trabajo”, como medio de reforma de la conducta y c) tercer periodo “de la libertad intermedia”, en el que los presos tenían permisos de libertad sin vigilancia. Este sistema fue el antecedente del actual sistema penitenciario en España (López-Melero, 2012; Rodríguez, 1997). Es al final de esta etapa donde se pretende establecer un principio de proporcionalidad entre los delitos cometidos y las penas impuestas, asegurar la independencia judicial, así como reducir la pena de muerte entre otras medidas relacionadas con la legislación penitenciaria y el tratamiento de los reclusos más jóvenes (López-Melero, 2012).

En la historia más reciente, siglos XX y XXI, los textos en relación a los derechos humanos son los referentes a materia penitenciaria, llegando a los actuales sistemas penitenciarios, sin olvidarnos de la arquitectura carcelaria moderna, cuya estructura y diseño garantizaban la seguridad, ventilación, reforma, clasificación de internos/as, su inspección y vigilancia continua (Evans, 1982); debemos tener en cuenta que cada país y cada momento social e histórico, hacen que en el mundo penitenciario exista una gran diversidad de realidades. Referenciando a Foucault (1977), éste describió las prisiones no solo como un espacio de castigo sino como un tiempo para inculcar una disciplina, sin olvidarnos por supuesto el fin último, que es la reinserción (García-Vita y Melendro, 2013).

A pesar de todos los avances y primando los conceptos de reeducación y reinserción, las penas privativas conllevan al fenómeno de prisionización, por lo que se empieza a dar máxima importancia, a las alternativas a dichas penas privativas (López-Melero, 2012).

1.1.1. Hitos importantes en la historia de la prisión y cárceles femeninas en España

No siempre se ha respetado la separación entre hombres y mujeres en las prisiones, incluso en el S. XIX, en nuestro país existían prisiones en las que ambos sexos convivían, a pesar de que ya en el S. XVII se dieron establecimientos exclusivos para mujeres, fueron las llamadas Casas Galera, con un fin moralizante y correctivo de ciertas mujeres (Almeda, 2002, 2003, 2005; Cervelló, 2006).

En los siglos posteriores no se dieron grandes avances en la materia, salvo la regulación formal de dichos centros y el cambio de denominación, pasando a llamarse “Casas de corrección para mujeres”, centros a medio camino entre penitenciarios y benéficos (Almeda, 2005).

Avanzando en la historia de las prisiones en nuestro país, no podemos hablar de esta temática sin nombrar a Concepción Arenal, visitadora de presos en 1863 y posteriormente, en 1868, inspectora de las Casas de corrección de mujeres, siendo su mérito asentar las bases del trabajo con mujeres en la prisión, ya que consideró que la resocialización de mujeres presas tenía que ir encaminada a cubrir sus necesidades y fomentar su autonomía personal, estableció además permisos, propulsó el cierre de centros que no reunían las condiciones mínimas y llegó a eliminar el uso de grilletes (Arenal, 2013; López-Melero, 2012).

Ya a principios del S. XX, y tras la construcción del primer centro penitenciario importante en España, la cárcel Modelo de Barcelona en 1904 (López-Melero, 2012), la responsabilidad penitenciaria de las mujeres recaía sobre la Iglesia Católica, en forma de encierro monacal, si bien, es en la segunda década de dicho siglo cuando se seculariza con el Real Decreto de 5 de Mayo de 1913, estableciendo una regulación oficial para hombres y mujeres condenados/as, (Mapelli, Herrera y Sordi, 2013); en esta época y hasta la II República Española, la vida en prisión era dura, tanto por las condiciones intramuros como por la masificación. En 1931, siendo Victoria Kent, directora general de prisiones, se propulsaron unas reformas penitenciarias que consideraban de forma especial a las mujeres, entre ellas el ofrecer la posibilidad que las reclusas madres pudiesen convivir con sus hijos/as hasta los tres años de

edad. Con las reformas de Kent se consiguió humanizar la prisión iniciando aspectos con perspectiva de género (Almeda, 2005; Cercós, 2009; Kent, 1978). Se siguieron realizando reformas progresistas y acciones tales como la inspección en las prisiones, el derecho a comunicarse los internos/as con sus familiares, etc., y con la redacción de diferentes Reales Decretos que contribuyeron al paso de la corrección al tratamiento de los reclusos y reclusas (López-Melero, 2012).

Tras la guerra civil española, la política penitenciaria no prioriza el principio de diversificación, por lo que algunas son cerradas, con la consiguiente desaparición paulatina de centros penitenciarios femeninos; en 1941 es creado el Patronato de Protección de la Mujer, entendido como una institución orientada al fomento de la mujer como esposa y doméstica, interviniendo en acuerdo el Ministerio de Justicia, en 1963, en los centros penitenciarios femeninos (Mapelli, Herrera y Sordi, 2013). La situación política y social del momento no benefició el desarrollo de la mujer desde los centros penitenciarios, conllevando la exclusión que se ha ido arrastrando hasta nuestros días. También hemos de señalar, tras el fin de la guerra civil, con el Código Penal de 1944, la descripción del sistema progresivo, desarrollado años más tarde por el Reglamento de Prisiones de 1956, dividiendo el proceso en régimen cerrado, ordinario, abierto y libertad condicional. Dicho reglamento y sus modificaciones hacen que en 1979 surja la actual Ley Orgánica General Penitenciaria (López-Melero, 2012).

Llegando a la década de los 90, y por legado histórico, la situación de la mujer en prisión mantiene desigualdad frente a los hombres en sus mismas condiciones, se crean las prisiones “tipo”, donde se habilitan algunos módulos para las mujeres, pero en un número muy inferior a los de hombres, es decir, la arquitectura, su diseño, las medidas de seguridad..., están pensadas para hombres, a ello habría que añadir la ubicación geográfica, implicando cierto aislamiento y dificultando la reinserción (Mapelli, Herrera y Sordi, 2013). A dicha realidad, cabe añadir que en las prisiones femeninas existe una peor oferta de acciones rehabilitadoras y socioeducativas que en los centros penitenciarios destinados a hombres, y que aún, en la actualidad, estas acciones, refuerzan el rol tradicional y doméstico de la mujer, reproduciendo de esta forma estereotipos sociales de género (Almeda, 2005).

Últimamente se ha dado un aumento de estudios sobre el tema de las mujeres en el medio penitenciario, saliendo a la luz y visibilizando la realidad, en esta línea resaltamos que en 2006, el Defensor del Pueblo Andaluz (2006), denunció la situación de las mujeres en prisión, sus condiciones y desigualdades, siendo el inicio de una nueva etapa en políticas penitenciarias, impregnadas por un ideal criminológico de atención a las necesidades/perspectiva de género.

En los últimos años se ha avanzado tanto en legislación nacional como internacional, al igual que en el desarrollo de los sistemas penitenciarios, con la innovación e implementación de nuevos modelos de intervención social, incorporación de nuevas figuras profesionales como los educadores/as sociales (Del Pozo y Añaños, 2013), así como programas de tratamiento específicos. De este modo, se intenta proporcionar recursos apropiados a los internos e internas, para afrontar su vida fuera de la prisión sin recurrir a la reincidencia del delito (Gallizo, 2010).

A modo de resumen y para entender la realidad actual, podríamos decir que la mujer en los espacios penitenciarios, ha sufrido una evolución desde compartir ubicación con los hombres en unas condiciones pésimas, a su internamiento moralizante, llegando a nuestros días a una mayor humanización, si bien con menos recursos que los centros penitenciarios destinados a hombres y con una carga moralizante, debido a la trayectoria histórica, mucho mayor que aquella que recae en las prisiones masculinas (Cervelló, 2006).

1.1.2. Sistema Penitenciario Español

El sistema penitenciario español, tras ya más de 25 años de la aprobación de la Ley Orgánica General Penitenciaria, 1/1979 (LOGP), se distingue del existente al final de la década de los 70, sus cambios no sólo versan por las modificaciones jurídicas sino por lo conllevado en los cambios sociales que han derivado en unas características propias actuales, la dimensión, dotación, estructura (De la Cuesta, 2005) y hasta la arquitectura carcelaria. Nos permiten transcribir literalmente un fragmento del preámbulo de dicha ley:

“Al defender en primer término la finalidad resocializadora de la pena, la ley pretender significar que el penado no es un ser eliminado de la sociedad, sino una persona que continúa formando parte de la misma, incluso como miembro activo, si bien sometido a un particular régimen, motivado por el comportamiento antisocial anterior de aquél y encaminado a preparar su vuelta a la vida libre en las mejores condiciones para ejercitar socialmente su libertad”.

Además de dicha Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP), su reglamento, teniendo en cuenta e incorporando las recomendaciones y normas penitenciarias europeas, el marco normativo básico del sistema penitenciario español está configurado, por su puesto, por la constitución Española de 1978, la cual marca las bases en su artículo 25.2: *“Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados. El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales de este Capítulo, a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios correspondientes de la Seguridad Social, así como al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad”.*

Ahondando en nuestro sistema penitenciario, cabe señalar la evolución experimentada en las últimas décadas, concretamente desde que se declaró, desde una visión progresista, la Ley Orgánica Penitenciaria de 1979, tal y como indican Añños-Bedriñana y Yagüe (2013), varios han sido los momentos históricos a destacar:

- 1.- Llegando a los últimos años de la década de los 80, en nuestro país se inició una reforma y modernización de los centros penitenciarios, eliminando antiguos edificios destinados únicamente a la contención, herencia de las postguerra española; dicha reforma conllevó el cierre de obsoletos centros y la creación de varias decenas de nuevos centros penitenciarios.
- 2.- Al llegar a la década de los 90, aumentó el número de actividades disponibles para los reclusos/as, tanto educativas dentro de lo formal (educación básica hasta

la formación universitaria), como talleres destinados a la formación profesional y otras acciones deportivas y de ocio, intentando de esta forma eliminar la escasa o nula actividad que se daba hasta el momento, el fin de esto iba encaminado a la mejora de la inserción laboral.

3.- En los últimos años ha crecido el interés en desarrollar e implementar otras formas de cumplir la condena, fundamentalmente en medio abierto y otras medidas alternativas al encarcelamiento, a pesar que de forma incongruente se han endurecido las penas desde las últimas reformas del código penal, como la Ley Orgánica 1/2015 (LO, 2015); a pesar de dicho endurecimiento, se han diseñado programas que permiten el cumplimiento fuera de intramuros con el apoyo de otros recursos sociales existentes, si bien para perfiles con escasa peligrosidad. Esto ha conllevado la creación de Centros de Inserción Social -CIS-, que consisten en un régimen de semilibertad, al igual que surge la necesidad de adaptar e implementar, en el sistema penitenciario, mecanismos de control telemáticos. A éstos añadimos, otras medidas alternativas a la pena privativa de libertad: a) trabajos en beneficio de la comunidad; b) suspensión de condena; c) sustitución de condena y d) otras medidas de seguridad (SGIP, 2014a).

4.- Recientemente, ha iniciado la instauración de la cultura de la intervención psicosocial y tratamiento específico, llegando de esta forma, a la intervención concreta en grupos vulnerables y con problemática específica. Dichos programas de intervención están basados en la teoría de la psicología criminal riesgo-necesidades-responsividad (Andrews y Bonta, 2006), con dos enfoques:

- el encaminado a los grupos vulnerables de reclusos con necesidad específica, entre ellos las mujeres presas

- y el enfocado a intervenir en situaciones y patologías sociales influyentes en la conducta delictiva, aquí se incluirían a los internos/as con patología mental o en el caso que nos concierne, la atención a la drogodependencia.

5.- Como objetivo de mayor relevancia resaltamos, que dentro de esta evolución del tratamiento penitenciario, el interno y la interna durante su estancia en la prisión, superen las carencias y problemática específica, cubriendo unas

necesidades que eviten la reincidencia en la conducta delictiva, mediante el aprovechamiento de recursos y tiempo de estancia.

El medio penitenciario presenta una gran complejidad, por lo que dificulta la educación y reeducación de internos e internas, con limitaciones en programas, por su generalidad y escasa especificidad, por la realización de los mismos en un espacio punitivo y por supuesto por las diferentes y múltiples características de los reclusos/as en situación de exclusión y dificultades personales, tales como la drogodependencia entre otras muchas (Añaños, 2012). A pesar de los esfuerzos llevados a cabo, dotando de mayor personal y fortaleciendo recursos en el sistema penitenciario, siguen existiendo en la actualidad dificultades para la consecución de una solución plena, fundamentalmente como ya señaló De la Cuesta (2005), hay dos factores importantes a considerar: la falta de personal (y por tanto de recursos) para la asistencia de los reclusos/as y en segundo lugar la superpoblación en los centros penitenciarios de nuestro territorio.

Con todo, hemos de aunar esfuerzos en el análisis de dicha problemática, con el fin de conseguir una reducción de la reincidencia delictiva y los motivos que llevan a la misma.

1.1.2.1. Organización del Sistema Penitenciario Español; modalidades de centros y recursos humanos

La organización de nuestro sistema penitenciario, va encaminado a conseguir los objetivos en base al marco normativo señalado (SGIP, 2014a), teniendo en cuenta los siguientes principios:

- **Individualización.** El ingreso en prisión es necesario que se realice según los protocolos de acogida y respetando los criterios de separación y clasificación.
- **Progresión de grado.** El sistema penitenciario español presenta las características de progresivo y flexible, por lo que un interno puede ser clasificado en un grado superior, sin pasar por los grados inferiores, esto dependerá del tiempo de condena, evolución, participación, conducta intramuros..., si bien también podría regresar de grado según se diesen comportamientos calificados como negativos.

- **Tratamiento penitenciario.** Las acciones/intervenciones propuestas y organizadas por la prisión van encaminadas a la reinserción, tanto asistenciales/terapéuticas como socioeducativas; de este modo se prevé evitar la reincidencia.
- **Cumplimiento de la condena allí donde el preso tenga arraigo social.** Dado que los centros penitenciarios están repartidos por todo el territorio español, se intentara que el recluso cumpla condena en el centro más próximo a su residencia evitando el desarraigo familiar y social.
- **Relaciones con el exterior.** Se considera que las relaciones con el exterior son necesarias y favorecedoras de la reinserción por lo que están previstas las mismas mediante dos vías: a) Comunicaciones. Por escrito, telefónicas o a través del contacto personal en instalaciones habilitadas en los centros penitenciarios; b) Permisos de salida. En este sentido, con el fin de preparar la vida en libertad se prevé que los internos clasificados en segundo o tercer grado de tratamiento y con requisitos de tiempo de cumplimiento, puedan disfrutar de permisos ordinarios de salida. En situaciones especiales, podrá disfrutar de permisos extraordinarios.

La organización de la institución penitenciaria es compleja y variante, dependiendo del país donde se encuentra e incluso del propio centro penitenciario. En el caso que nos compete, dentro del territorio español, los centros son organizados de forma interna, coordinados con los Servicios Centrales, dependientes del Ministerio del Interior, junto a sus subdirecciones, a excepción de Cataluña, la cual mantiene competencias propias, transferidas en 1984, (Departamento de Justicia, Generalitat de Catalunya). Véase Figura 1.



Fig. 1. Organización de Servicios Centrales de Secretaría General de Instituciones Penitenciaria.

Fuente: SIGP (2014a)

Cada centro penitenciario, se compone por una dirección teniendo a su cargo diferentes áreas, véase (Figura 2); a su vez dispone de unos órganos colegiados: Consejo de Dirección, Junta de Tratamiento a la que están adscritos los Equipos Técnicos, una Comisión Disciplinaria, Junta Económico-Administrativa y otros órganos unipersonales (Añaños, Fernández y Llopis, 2013, SIGP, 2014a).

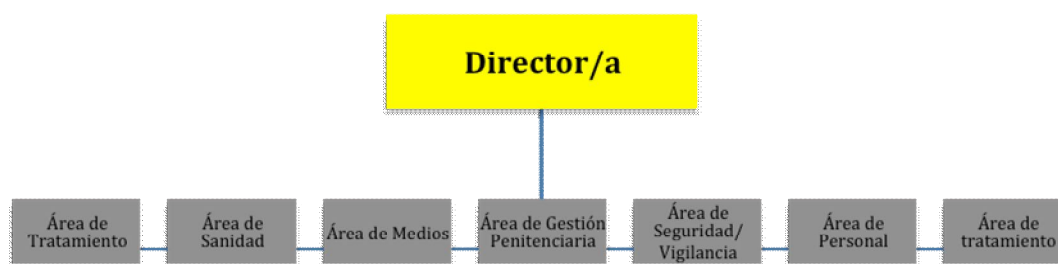


Fig. 2. Organización de un Centro Penitenciario.

Fuente: SIGP (2014)

En nuestro sistema penitenciario, existen diferentes modalidades de centro, distribuidos geográficamente por todo el territorio español. La arquitectura penitenciaria actual permite cumplir la doble función, por un lado, de seguridad y custodia y por otro favorecer la resocialización y futura reinserción. A inicios de

2014, la Administración General del Estado (excluida Cataluña, ya que dispone de competencia propia en materia penitenciaria como se indicó anteriormente), cuenta con 68 Centros Penitenciarios Ordinarios, 2 Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, 32 Centros de Inserción Social, 3 Unidades de Madres y 14 Unidades Dependientes (SGIP, 2014a). A continuación describiremos brevemente cada una de estas modalidades de centro:

- **Centros Penitenciarios Ordinarios.** Dependiendo de la pena impuesta o por encontrarse la persona en situación de prisión preventiva, ésta ha de cumplirse en medio cerrado, serán las “cárceles tipo”, con su vida intramuros. Dichos centros tienen una clara diferenciación por zonas, según sea la residencial o para otras acciones/intervenciones terapéuticas y socioeducativas, pudiendo ser clasificadas en edificios externos (utilizados por personas no internas), edificios de servicios (utilizados por reclusos/as de forma no continua y edificios con presencia permanente de internos (SGIP, 2014a; SGIP, 2015a).
- **Centros de Inserción Social (CIS).** Son centros cuya labor reside en alojar a reclusos/as que cumplen la pena en medio abierto, con el fin de facilitar la reinserción (Reglamento Penitenciario, R.D. 190/1996, art. 163 y 164). A su vez desde dichos centros, se gestionan los trabajos en beneficio de la comunidad, la suspensión de la ejecución de la pena y la localización permanente, así como el seguimiento de las libertad condicional. Del mismo modo, el control telemático facilita el uso del recurso, favoreciendo la integración social (SGIP, 2014a; SGIP, 2015b).
- **Unidades de Madres.** Surgen del art. 38 de la Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP, 1979), permitiendo a las madres reclusas mantener a sus hijos hasta cumplidos los tres años. Se pretende diferenciar a las madres que cumplen condena de los centros penitenciarios ordinarios. Ha sido una experiencia pionera en Europa, que facilita el desarrollo emocional y educativo de los menores. Dichas unidades disponen de escuelas infantiles dotadas de los profesionales pertinentes. Resaltamos la existencia de una Unidad Familiar en el centro penitenciario de Madrid VI, habilitada para la situación concreta, en que ambos progenitores se encuentran en prisión (SGIP, 2014a; SGIP, 2015c).

- **Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios.** Ubicados en Sevilla y Alicante, están destinados a internos/as con diagnóstico de trastorno mental. La particularidad es que no están clasificados en grados, y la función es médica-asistencial. Disponen de un equipo multidisciplinar adecuado al perfil de reclusos/as, si bien es necesaria la coordinación y apoyo de la red pública (SGIP, 2014; SGIP, 2015d). Señalamos que como Hospital psiquiátrico penitenciario femenino, existe únicamente uno en todo el país, ubicado en la provincia de Alicante.
- **Unidades Dependientes.** Ubicadas fuera de los centros penitenciarios, normalmente situadas en pisos u otras viviendas ordinarias. Su utilidad recae en el cumplimiento de las penas en medio abierto. Como mayor ventaja presentan la posibilidad de utilizar los recursos comunitarios, al igual que la potenciación de la integración social, facilitando los vínculos sociales y/o familiares y la inserción laboral. Dichas unidades se dirigen fundamentalmente a madres con menores y a mujeres y hombres sin vínculos familiares. Habitualmente la gestión de estos recursos viene dada por ONGs, u otras entidades, que se encuentran bajo la supervisión de la Administración Penitenciaria (SGIP, 2014a; SGIP, 2015d).
- **Otras Unidades.** Encontramos como recursos, no totalmente extendidos en nuestro territorio o en centros penitenciarios ordinarios, los siguientes:
 - a) Unidades de custodia hospitalaria; son espacios en hospitales civiles para el tratamiento de internos que puntualmente requieren asistencia hospitalaria;
 - b) Comunidades terapéuticas extrapenitenciarias, centros residenciales destinados al tratamiento de las adicciones, los cuales albergan internos/as que requieren este tipo de tratamientos;
 - c) Comunidades terapéuticas intrapenitenciarias, insertas en el propio centro penitenciario y con la función de realizar tratamientos terapéuticos específicos, principalmente programadas de deshabituación de drogodependencias, gestionadas por ONGs principalmente u otras entidades con supervisión de la administración;
 - d) Secciones abiertas, son dependencias para albergar a reclusos/as en situación de tercer grado;
 - d) Departamentos mixtos, como el propio nombre indica, albergan hombres y mujeres juntos, con el fin de evitar la desestructuración familiar; aquí se incluirían las unidades o módulos familiares, nombrados ya con

anterioridad; e) Módulos universitarios; en ellos los internos/as cursan estudios universitarios en modalidad a distancia; f) Módulos de respeto; donde los residentes en el mismo asumen una normativa y funcionamiento corresponsable; y g) Módulos Terapéuticos, destinados, al igual que las comunidades intrapenitenciarias, a presos/as que necesitan tratamiento específico de drogodependencias; igualmente son gestionadas por ONGs u otras entidades (SGIP, 2015d).

Sin perder de vista la normativa/legislación vigente, el funcionamiento del sistema penitenciario viene dado por un equipo multidisciplinar, el cual está compuesto por las siguientes figuras profesionales (SGIP, 2014a):

- **Juristas.** Son éstos los responsables, entre otras funciones, de conocer la situación penal, procesal y penitenciaria de cada interno/a, realizando una valoración jurídica que permita la clasificación y propuesta de programa de tratamiento individualizado. Dichos servicios jurídicos proporcionan cualquier información y orientación al recluso/a de sus situación penal, procesal y penitenciaria.
- **Psicólogos.** Principalmente son los encargados de estudiar el perfil del preso/a, su conducta, carencias y necesidades para asignar los programas de tratamiento y terapéuticos.
- **Educadores.** Asesoran e informan de aspectos penitenciarios como extra penitenciarios. Desarrollan los programas de intervención terapéutica y socioeducativa.
- **Trabajadores sociales.** Su tarea se centra prioritariamente en resolver la situación socio-familiar que ha provocado el ingreso. Informan y asesoran sobre recursos sociales, educativos, laborales y económicos, además de realizar apoyo y seguimiento a los que se encuentran en libertad condicional o cumpliendo penas alternativas a la prisión.
- **Personal sanitario.** Velan fundamentalmente por la atención sanitaria del interno/a junto a la responsabilidad del cumplimiento de los programas de salud del centro penitenciario.
- **Sociólogos.** Realizan estudios pertinentes determinados por la Administración Penitenciaria, colaborando desde su disciplina en el

diseño, programación y evaluación de programas destinados a los reclusos/as.

- **Personal de Interior y Vigilancia.** Configura el grupo más numeroso y en contacto directo y diario con los internos/as, obteniendo información directa de cada uno de ellos/as, por lo que mantienen una estrecha coordinación con los equipos terapéuticos y educativos; garantizan el orden.

Cabe destacar también el importante papel de otras entidades colaboradoras en el sistema penitenciario español, sin las cuales muchas de las acciones/intervenciones terapéuticas y/o socioeducativas realizadas no serían posibles, son las **ONG y el voluntariado social**. El trabajo de estas entidades está coordinado por el Consejo Social Penitenciario, adscrito a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias– y por los Consejos Sociales Penitenciarios (SGIP, 2014a).

Para finalizar este apartado, señalaremos que toda actividad penitenciaria, está sometida a un control, realizado de tres modos (SGIP, 2014a):

- Control Judicial, realizado por los juzgados de vigilancia penitenciaria.
- Defensor del Pueblo, el cual vela por los derechos fundamentales de los reclusos/as, recogidos en el art. 4 del Reglamento Penitenciario (RD 190/1996). Apuntamos que los deberes se encuentran en el art. 5 del mismo Reglamento.
- Control Político, ya que la Institución Penitenciaria depende directamente del Ministerio del Interior del Gobierno de España.

1.1.2.2. Clasificación del interno/a y su tratamiento

Una vez el preso/a es condenado con sentencia firme, (anteriormente se encontraría fuera de prisión o en módulo de Preventivos, a espera de sentencia), se procede a su clasificación en uno de los tres grados penitenciarios descritos y establecidos por la siguiente legislación vigente: Ley Orgánica General Penitenciaria 1/1979 (LOGP); Reglamento Penitenciario 190/1996 (RP) y Código Penal 10/1995 y 1/2015.

Se tienen en cuenta diferentes cuestiones a la hora de clasificar y determinar el grado, tales como la personalidad del recluso/a, su historial penitenciario, duración de la condena y otros factores que señala la legislación; cada grado se diferencia uno de otro por la flexibilidad-severidad en el régimen y por las medidas de control y seguridad. Tras la clasificación en grado, se establece una intervención individual para el interno/a desarrollada en un Programa Individualizado de Tratamiento (PIT). Dichos PIT se regulan mediante las Instrucciones 12/2006 y 4/2009 y se componen de dos tipo de actividades, las *prioritarias*, que se ocupan de lo relacionado con la propia actividad delictiva del recluso/a, junto a cubrir las necesidades formativas básicas, (en este grupo se incluirían las acciones terapéuticas o de tratamiento de adicciones), y en segundo lugar las actividades *complementarias*, las cuales se dirigen a la mejora de vida y ampliación de enfoques profesionales, educativos y culturales (Añaños, Fernández y Llopis, 2013).

Presentamos brevemente una descripción de las tres modalidades de grado:

- **Primer Grado:** donde el régimen se configura con medidas de control y seguridad restrictivas (régimen cerrado), debido a la peligrosidad o inadaptación que se ha evaluado en el interno/a.
- **Segundo Grado:** coincidiendo con un régimen ordinario, los internos/as sin llegar a disfrutar de semilibertad, sus características tanto penitenciarias como personales, si les permiten un convivencia normalizada dentro de la prisión.
- **Tercer Grado:** coincidiendo con el régimen abierto, en sus diferentes modalidades. Los clasificados en este grado pueden disponer de vida en semilibertad, debido a su situación penitenciaria y características personales. Este grado facilitará el transcurso a la re-incorporación social ya que permite salidas fuera de intramuros, coordinadas en ocasiones con otros recursos sociales y comunitarios. En este mismo grado se incluyen otras modalidades de cumplimiento de condena, denominadas Penas y Medidas Alternativas -“suspensiones de condena” y “sustituciones de condena”- (SGIP, 2013a), reguladas por el Código Penal (LO 7/2003 y 1/2015), con dichas alternativas se evita la vida en prisión, siempre que no

exista peligrosidad social, de este modo minimizamos el efecto nocivo de la vida en prisión favoreciendo la reinserción. (Añaños, Fernández y Llopis, 2013).

Dentro de la prisión, además de esa clasificación en grados, se procede a una separación, estableciendo, y al mismo tiempo respetando, las diferencias entre los propios internos e internas. Estos criterios marcados por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP, 2013b) son los siguientes:

- Sexo: hombres y mujeres, salvo los departamentos mixtos (Unidad Familiar, C.P. Aranjuez).
- Condición procesal: refiriéndose a aquellos/as detenidos/as y/o los que se encuentran reclusos en módulos de preventivos encontrándose a la espera de sentencia firme.
- Situación delictiva: aquellos/as que entran a prisión por primera vez de aquellos/as que son reincidentes.
- Edad: jóvenes *versus* adultos.
- Condición sanitaria: internos/as con enfermedades, deficiencias físicas o mentales.
- Exigencias del tratamiento adecuado al interno/a: por ejemplo, “módulos terapéuticos” o libres de drogas, “módulos de respeto”, “unidades de tratamiento educativo”, “unidades de madres” u otros.

A pesar de estas especificidades, la propia organización, funcionamiento y estructura de la institución penitenciaria dificulta la diferenciación de la vida pública y privada del preso/a (Añaños, Fernández y Llopis, 2013).

Un término a considerar y que enmarca las intervenciones en los centros penitenciarios en nuestro país, es el de “tratamiento”, el cual de forma original conlleva las acciones y enfoques terapéuticos de cualquier intervención en el medio a tratar, si bien en la actualidad incluyen las acciones socioeducativas (Añaños, 2012; Añaños-Bedriñana y Yagüe, 2013), así como las psicoterapéuticas, entre ellas los tratamientos a las adicciones, su desintoxicación, deshabituación y prevención de recaídas, que permitirán, en algunos de los casos,

al colectivo de reclusos/as reducir la reincidencia delictiva relacionada directamente con esta problemática.

Dichos programas o acciones presentan dificultad de implementación en todos los centros, al igual que su evaluación y resultados, pues cada centro penitenciario presenta su idiosincrasia y realidad (Añaños, 2012).

Describiremos a continuación los programas de tratamiento más relevantes (SIGP, 2014), si bien, como señala la profesora Añaños (2012), cada centro presenta sus particularidades, por lo que los programas referidos, no tienen porque estar implementados en todos y cada uno de los centros penitenciarios, con lo que conlleva la desigualdad entre los reclusos/as, según centro de cumplimiento o zona de residencia:

- **Agresores en el ámbito familiar.** Destinado a reclusos que han sido actores de violencia de género. Duración de un año.
- **Control de la agresión sexual.** Para internos que han cometido delitos relacionados con la agresión sexual hacia mujeres o menores, el tratamiento tiene una duración de dos años.
- **Atención a la población penitenciaria extranjera.** Dicha atención se realiza desde tres áreas: la educativa, la multicultural y la educación en valores y otras habilidades cognitivas.
- **Prevención de suicidios.** Con el fin de velar por la vida e integridad de los internos/as, está implementado en todos los centros penitenciarios y funciona desde la vertiente preventiva y de intervención.
- **Programa “Ser Mujer”.** Consiste en la prevención de la violencia de género para las mujeres internas en centros penitenciarios. Su intervención se realiza desde la perspectiva preventiva y de tratamiento que han sido víctimas de dicha violencia.
- **Programa de tratamiento del tabaquismo.** Intervención sobre la adicción al tabaco, junto a campañas de información y sensibilización sobre los riesgos que conlleva el consumo de esta sustancia.
- **Programa de deshabituación al alcohol.** Incluido en los programas de tratamiento de las drogodependencias. Consta tanto de etapas tanto de

información y motivación hacia el abandono del consumo del alcohol hasta programas de prevención de recaídas.

- **Programas de deshabituación de drogodependencias. Módulos terapéuticos.** Situados en espacios libres de drogas y dedicados al tratamiento de las drogodependencias, el equipo responsable de dichos programas puede estar formado tanto por personal de la institución como de entidades colaboradoras.
- **Otros programas/acciones de tratamiento:** Cabe citar entre otros los siguientes, Módulos de respeto; Atención a personas con discapacidad física, sensorial, psíquica o intelectual; Acogida a internos/as en departamentos de régimen cerrado; Intervención con jóvenes; Terapia asistida con animales (TACA); Programa de resolución de conflictos; Atención integral a enfermos mentales (PAIEM); Programa de preparación de permisos de salida.

Completando todo lo anterior y sin perder de vista el fin último de las prisiones, a saber, la reinserción social, los centros penitenciarios ponen en marcha una serie de actividades y acciones destinadas a que la vida del interno/a sea una oportunidad de mejora. Para ello se llevan a cabo las siguientes acciones (SGIP, 2014a), cabe mencionar aquí, que de nuevo nos encontramos con la idiosincrasia de cada centro que conlleva la desigualdad de oportunidades de los reclusos/as según centro o zona geográfica:

- **Trabajo productivo.** Los internos/as tiene la opción de realizar trabajo productivo retribuido, desarrollado mediante la participación de talleres laborales.
- **Formación para el empleo e inserción laboral.** Con el objetivo de acompañar a los internos/as hacia su inserción, dotándoles de recursos que faciliten la misma.
- **Educación reglada.** La ley Orgánica de educación 2/2006 (LOE, 2006), señala en su art. 5 y art. 66.6, la educación de adultos, al igual que la Ley Orgánica de Educación 8/2013 (LOMCE, 2013), por lo que desde los centros penitenciarios se promociona y potencia dicha formación, alguna de ella pudiéndose realizar de forma presencial.

- **Programas formativos, ocupacionales y culturales.** Dotan al recluso/a de capacidades, aptitudes y valores por medio de este tipo de acciones, llegando a ser los propios internos e internas parte activa del diseño de estos programas. Referenciamos tres acciones concretas, a las que en la actualidad se dedica especial promoción: a) campaña de universalización de la educación vial; b) plan de igualdad de derechos entre hombres y mujeres en el ámbito penitenciario y c) formación en nuevas tecnologías.
- **Programas físico-deportivos.** Desarrollados por los beneficios en la salud que conlleva y por la posibilidad de aprender valores.
- **Atención sanitaria.** Llevada a cabo tanto en atención asistencial como en programas y acciones que promocionan la educación para la salud.

1.1.2.3. Estadísticas penitenciarias, referencia al perfil del interno/a en los centros penitenciarios españoles

Se calcula, según el Centro Internacional para Estudios Penitenciarios (ICPS), que en el mundo hay 10,2 millones de presos/as internos en los centros penitenciarios, si bien esta cifra puede aumentar hasta los 11 millones, ya que muchos países no proporcionan información veraz relativa al tema. En cuanto a la tasa de población penitenciaria, la media mundial se encuentra en 144 presos por cada 100.000 habitantes (ICPS, 2015), siendo la tasa en España ligeramente por debajo, 139, según el dato elaborado por World Prison Brief (WPB, 2015a).

En relación a datos mundiales referidos a mujeres presas, la cifra asciende a 700.000, siendo posiblemente superior ya que de nuevo existen países informan de manera sesgada (WPB, 2015b).

En los estados miembros de la Unión Europea se estima a fecha de Septiembre de 2010, que el número total de presos era de 635.000 (Aebi y Delgrande, 2013; EMCDDA, 2012), con una tasa de reclusión de 125,6 por cada 100.000 habitantes. En cuanto a la población reclusa femenina, en ningún país de los estados miembros se supera el 8%, estimando un número que supera la cifra de 30.000 internas; la tendencia es a aumentar dicho porcentaje; sólo en la década entre 2000 y 2010, el número de reclusas en las prisiones europeas aumentó un 27% (EMCDDA, 2012; Sierra, 2012).

Centrándonos en nuestro país, en la actualidad, la población reclusa en España está configurada, según la última encuesta publicada en Marzo de 2016 (SGIP, 2015e), por 61.573 internos/as excluyendo a Cataluña, en dicha comunidad a fecha de Mayo de 2015 existían 9.213 reclusos/as (Generalitat de Catalunya, 2015), por lo que podemos afirmar que en todo el territorio hay 70.786 reclusos/as aproximadamente.

Si bien en los últimos años, se observó una tendencia a la baja en el número de internos/as, se ha aumentado en 2015, alcanzando niveles de 2010 (SGIP, 2014a).

A continuación expondremos ciertas características de la población reclusa, ver Tabla 1:

Tabla 1

Población reclusa por sexo.

GÉNERO	Total	%
Hombres	56.884	92,38
Mujeres	4.689	7,62
Total	61.573	100

Fuente: Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Marzo 2016.

Como se puede observar, el número de hombres es mayor al de mujeres, siendo estas el 7,62% del total. A esta cifra debemos sumar las mujeres internas en los centros penitenciarios de Cataluña, 556, a fecha de Mayo de 2015 (Generalitat de Catalunya, 2015), habiendo un total de 5.245.

En la Tabla 2, observamos el número de penados/as tras la clasificación. (Resaltamos que son datos del sistema penitenciario español, excluyendo datos de Cataluña, lo mismo ocurre con Tablas 3, 4 y 5):

Tabla 2*Población reclusa penada según grado de tratamiento.*

GRADOS	Hombres	Mujeres	Total
Primer Grado	933	70	1.003
Segundo Grado	38.468	2.603	39.071
Tercer Grado	7.143	947	8.090
Sin Clasificar	4.049	351	4.400
Totales	48.593	3.971	52.564

Fuente: Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Marzo 2016.

Tal y como indica la Tabla 3, la franja de edad con mayor número de internos e internas se encuentra entre los 41 y 60 años, seguida del intervalo entre 31 y 41 años. El dato es generalizable tanto para hombres como mujeres.

Tabla 3*Población reclusa penada por grupos de edad, según sexo.*

EDADES	Hombres	Mujeres	Total
De 18 a 20 años (Penados)	364	11	375
De 21 a 25 años (Penados)	4.293	272	4.565
De 26 a 30 años (Penados)	7.377	564	7.941
De 31 a 40 años (Penados)	16.439	1.395	17.834
De 41 a 60 años (Penados)	18.308	1.592	19.900
De más de 60 años (Penados)	1.811	137	1.948
No Consta(Penados)	1	0	1
Totales	48.593	3.971	52.564

Fuente: Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Marzo 2016.

La tabla 4, nos proporciona un dato interesante para analizar, por las consecuencias e implicaciones en el tratamiento a aplicar; para la inmensa mayoría de internos/as, el mayor delito cometido y por el que han sido condenados/as, es contra el patrimonio y el orden socioeconómico, seguido por el Delito contra la salud pública, (tráfico de drogas), que en el caso de las mujeres es muy igual al anterior; es decir en una gran mayoría de internos/as, el factor droga (con o sin adicción) es relevante para su conducta delictiva y por tanto prioritario en la intervención para favorecer su reinserción y evitar la reincidencia delictiva.

Tabla 4

Tipología delictiva de la población reclusa penada ley orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre, del Código Penal.

LEY ORGÁNICA 10/1995	Hombres	Mujeres	Total
Homicidio y sus formas	3.607	292	3.899
Lesiones	2.402	181	2.583
Contra la Libertad	658	46	704
Contra la Libertad Sexual	3.094	56	3.150
Contra el Honor	0	0	0
Delitos y Faltas de Violencia de Género	3.852	8	3.860
Contra las Relaciones Familiares	210	12	222
Contra el Patrimonio y el orden socioeconómico	18.772	1.523	20.162
Contra la Salud Pública	10.155	1.523	11.678
Contra la Seguridad del Tráfico	1.342	38	1.380
Falsedades	777	78	855
Contra la Administración y Hacienda Pública	266	28	294
Contra la Administración de Justicia	738	94	832
Contra el Orden Público	1.827	125	1.952
Resto de Delitos	543	82	625
Por Faltas	62	7	69
No Consta Delito	45	1	46
Totales	48.350	3.961	52.311

Fuente: Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Marzo 2016.

Tal y como señala De la Cuesta (2005), se dan tres rasgos destacables de dicha población en nuestro país: a) el origen étnico y cultural; b) el alto porcentaje y aumento de la presencia de la mujer en las prisiones españolas en relación al resto de Europa y c) la alta prevalencia de drogodependencias y otros problemas de salud mental, por lo que el trinomio compuesto por extranjería - mujeres - drogodependencias/salud mental, adquiere una gran relevancia como reto en nuestra realidad penitenciaria actual.

CAPÍTULO 2. RELACIÓN ENTRE CONDUCTA DELICTIVA Y CONDUCTA ADICTIVA

Es evidente y sobreentendido que existe una relación entre la conducta delictiva y el consumo de drogas, si bien, lo realmente complejo es analizar las relaciones existentes entre ambas variables, de ahí que un gran número de investigaciones hayan ido encaminadas a dicho análisis desde dos vertientes; por un lado hacia el análisis de las sustancias de consumo y su capacidad criminógena y por otro, si el consumo causa la delincuencia, si la delincuencia lleva a la conducta adictiva o si hay factores compartidos (Ramos y Garrote, 2009; Santamaria y Chait, 2004).

En relación a estas dos variables, delincuencia y adicción, hemos de definir dos conceptos: a) Delincuencia Inducida: definida ésta como la delincuencia que se produce bajo los efectos, intoxicación de la sustancia de abuso, inhibiendo o estimulando la conducta y b) Delincuencia funcional, la realizada por una persona con el fin de conseguir bienes (dinero en efectivo u otros), para conseguir la compra de la droga (Delgado y Torrecilla, 1999; Elzo, Lidón y Urquijo, 1992).

Para la explicación de ambos tipos de delincuencia, debemos de hacer alusión a la sustancia de abuso en concreto, ya que no debemos generalizar; así, por ejemplo, sería comprensible que bajo el efecto de sustancias estimulantes de la conducta, la persona consumidora delinquiera y no bajo los efectos de sustancias depresoras del sistema nervioso central como la heroína; esto no es del todo cierto ya que hay que entender otros procesos provocados por el consumo, como es el síndrome de abstinencia, pudiendo llevar éste, por la necesidad de paliar los síntomas negativos del mismo, a la conducta delictiva; aquí nos encontraríamos tanto con la delincuencia inducida como con delincuencia funcional: se lleva a cabo la conducta delictiva bajo los efectos de una sustancia (síndrome de abstinencia) con el fin de conseguir medios económicos para la adquisición de la sustancia que hará desaparecer la sintomatología del síndrome de abstinencia; aún complicando más relación, la delincuencia funcional vendría marcada por la capacidad del consumidor en costearse el consumo sin necesidad de delinquir (Lorenzo et col., 1998; Santamaria y Chait, 2004).

Retomando las relaciones entre droga y delincuencia, la literatura

científica apunta a tres posibilidades en esta relación:

1. El consumo de drogas lleva a la conducta delictiva, en personas adictas que no disponen de medios para costear y mantener el consumo, agravando la situación con la incompatibilidad de la adicción con la vida socio-laboral que permita una fuente de ingresos, por lo que aún pudiese empeorar más la situación económica (Harrison, 2000; Otero-López, 1999; Ramos y Garrote, 2009).
2. La conducta delictiva lleva al consumo de sustancias. Desde esta hipótesis se afirma que la drogodependencia es consecuencia del propio estilo de vida delincuencial (Delgado y Torrecilla, 1999; Otero-López, 1999; Ramos y Garrote, 2009).
3. No se da una relación directa de causalidad entre el consumo de drogas y la conducta delictiva, ya que ambas son resultado de determinantes comunes. Dichos determinantes podríamos clasificarlos como factores de riesgo compartidos por ambas conductas; éstos podrían clasificarse en factores familiares, sociológicos (grupo de iguales) e individuales. Ampliando esta hipótesis y los factores asociados entre droga-delincuencia, nos encontramos con abundante producción científica. En relación a las variables familiares, tres aspectos relevantes son: a) los estilos de socialización parental (estilos educativos); b) las relaciones afectivas, y c) el modelado directo ejercido por los progenitores (padres y madres consumidores de drogas). En cuanto al grupo de iguales han sido los aspectos más relevantes objeto de estudio, a) la relación/interacción afectiva entre ellos y b) la conducta de los mismos. Por último en cuanto a los factores individuales, señalamos: a) de personalidad, resaltando la autoestima y b) la búsqueda de sensaciones entre otros (Jiménez, Musitu y Murgui, 2008; Ramos y Garrote, 2009; Santamaria y Chait, 2004; Vega, 1990). Desde este modelo se ha trabajado en el desarrollo de programas de prevención en conductas adictivas (Becoña, 2003).

Con todo, la hipótesis relativa a que el consumo de sustancias es causa de delincuencia, es una de las más desarrolladas, dando lugar a un modelo teórico, el Modelo conceptual tripartito de Golstein (Golstein, 1985), el cual explica claramente la relación entre ambas variables que a continuación pasamos a

comentar brevemente.

2.1. Modelo conceptual tripartito de Goldstein

Paul Goldstein en 1985, publica un modelo de trabajo explicativo para entender la relación directa o indirecta entre drogas y violencia (delitos), el cual sigue vigente en la actualidad (Dickinson, 2015); hay que entender que el momento histórico donde se presenta el Modelo de Goldstein, coincide con la epidemia de consumo de crack en New York y el aumento de violencia como consecuencia de dicho consumo (Levitt, 2004).

Goldstein desarrolló un modelo teórico que permitía clasificar la relación droga /violencia por medio de tres conexiones. Cada una de estas vías se describía como independiente, aunque asumiendo que puede darse yuxtaposición entre ellas (Goldstein, 1985). Las tres vías de conexión son las siguientes, sin ser ninguna de ellas excluyentes.

2.1.1 Hipótesis psicofarmacológica. Violencia psicofarmacológica

Esta hipótesis sugiere que los efectos psicofarmacológicos del consumo de drogas puede aumentar la posibilidad de aparición de conductas delictivas, principalmente con acciones violentas, ya que el efecto de la sustancia (cambios cognitivos y afectivos), modifica la conducta del consumidor, provocando excitabilidad e irracionalidad, pérdida de juicio propiciando conductas delictivas con implicación agresiva/violenta (Dickinson, 2015; Garrido, Stangeland y Redondo, 2001; Harrison, 2000; Ramos y Garrote, 2009).

Sustancias estimulantes como la cocaína, y la posibilidad de distorsionar por sus efectos paranoides/alucinatorios la realidad, puede conllevar a la consecución de conductas violentas/delictivas; del mismo modo, se puede consumir la sustancia de forma programada y con la intencionalidad de cometer el delito (Inciardi et al., 1995; Inciardi et al., 1997). Según Goldstein (1985), las drogas más importantes en la explicación de esta hipótesis son el alcohol, del cual hay numerosos estudios que relacionan su abuso con agresividad (Bennett y Holloway, 2009; Hoaken y Stewart, 2003; Martin et al., 2004), los estimulantes, los barbitúricos y el PCP (feniciclidina, con efecto disociativo). A su vez y del mismo modo, se puede dar la relación consumo/violencia estando la persona bajo

los efectos del síndrome de abstinencia de alguna de las sustancias (como la heroína a pesar de ser una droga depresora), pudiendo acontecer las conductas violentas y/o delictivas, bajo los síntomas de dicho síndrome (Larroulet, 2012).

Goldstein incluyó en esta categoría la violencia inducida por la víctima, es decir, la producida en aquellas circunstancias en que la víctima está bajo la influencia de drogas, convirtiéndola en vulnerable frente a los delitos; podemos incluir en esta modalidad las agresiones sexuales o atracos favorecidos por la intoxicación de la víctima, como ocurre en el caso de la intoxicación etílica (Dickinson, 2015; MacCoun, Kilmer y Reuter, 2003; Ramos y Garrote, 2009).

2.1.2. Hipótesis de la necesidad económica. Violencia Económico-Compulsiva

En esta segunda hipótesis se habla de la violencia económico-compulsiva, la cual se genera con el fin de conseguir los bienes necesarios (materiales o directamente económicos) para financiar el consumo y paliar los síntomas del síndrome de abstinencia. En primera instancia no tienen por que ser violentos, si bien para Goldstein viene condicionado por el contexto, tanto por el agresor (su conducta), como por la víctima (reacción a la conducta), o por la participación de terceros en la escena (Dickinson, 2015; Larroulet, 2012; Ramos y Garrote, 2009).

Asociar la violencia con la obtención de recursos económicos, hace que se vincule dicha violencia o delitos a ciertas sustancias con mayor coste económico y potencial adictivo, como la heroína o cocaína (Bennett y Holloway, 2009), agravando la situación del perfil del consumidor, con afectación socio-laboral a causa de la adicción y sin recursos económicos propios para costear la compra de la sustancia de abuso (Simpson, 2003; Deitch, Koutsenok y Ruiz, 2000).

2.1.3. Hipótesis de la Violencia Sistémica

Esta violencia viene generada y perpetuada por las acciones violentas (tanto agresiones, ataques u homicidios) que se comenten en el contexto del mercado de drogas ilegales, debido a las acciones necesarias para su elaboración/producción, distribución y consumo. La violencia es utilizada como una estrategia de control de territorios, cobro de deudas, así como de castigos

“ejemplarizantes”, venganzas entre cárteles e incluso enfrentamientos con las fuerzas de seguridad (Dickinson, 2015; Jacobs, 2004; Larroulet, 2012; Ramos y Garrote, 2009).

En este grupo de delitos sistemáticos podemos incluir, desde corrupción hasta crímenes contra la humanidad, cometidos por grandes narcotraficantes de drogas, movidos por los grandes beneficios que conlleva este negocio ilegal. En este nivel de violencia, aumentan las probabilidades de que el simple consumidor de drogas se pueda convertir tanto en autor como en víctima de dicha violencia (Nurco, Kinlock y Hanlon, 2004; OEDT, 2007).

A este respecto, queremos señalar una nueva categoría de delitos propuesta por el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías, teniendo como marco el Modelo Conceptual Tripartito de Goldstein, son los referidos a los **Delitos contra la legislación en materia de drogas**; éstos dependerán de la legislación propia de cada país y podríamos incluir los delitos por consumo, posesión, cultivo, producción, distribución y tráfico, al igual que la venta de precursores o blanqueos de capitales; todos ellos relacionados con la prohibición de ciertas sustancias psicoactivas (OEDT, 2007).

2.2. La delincuencia femenina

El estudio y la atención de la delincuencia femenina no ha sido una prioridad ni fuente de interés hasta hace poco tiempo (Cecil, 2007; Herrera y Expósito, 2010), ya que la gran mayoría de los estudios, históricamente, elaborados desde una visión androcentrista que, lógicamente, responde a que existe una mayor tasa de delincuencia masculina (Antony, 2007). Es en la segunda mitad del S. XIX, donde se inician este tipo de estudios, con teorías biologicistas como fundamento, las cuales consideraban a la mujer como evolutivamente inferior al hombre y por tanto con menor capacidad para delinquir (Lombroso y Ferrero, 1895), o que la menor tasa de delitos cometidos por mujeres tiene que ver con la agresividad y por tanto con hormonas andrógenas, masculinas (Gray, citado en Leganés y Ortola, 1999). Ya, posteriormente y con enfoques de otra índole, en este caso desde teorías genéticas, se consideró que es diferente la genética en mujeres que comenten actos delictivos de las que no, considerando

que la delincuencia femenina estaba marcada por características femeninas propias (Yugueros, 2013). Con el auge de las teorías sociales, se afirma que la socialización diferente entre hombres y mujeres, y los roles definidos son los que marcaban las diferencias, ya que tras la liberación del rol puramente femenino, se empezó a aproximar la delincuencia de la mujer a la masculina (Weis, 1982). En contraposición crítica, se desarrollaron tanto la teoría del control social como la teoría de la ley de la dependencia económica, conllevando en el primer caso, un control macro y micro social, por la configuración de un concepto de mujer funcional, y en el segundo, argumentando que existe una mayor o menor dureza de las penas en la mujer (Jiménez-Bautista y Jiménez-Aguilar, 2013; Yugueros, 2013).

Al respecto, podemos definir dos teorías en relación a las causas de la criminalización femenina (Herrera y Expósito, 2010; Romero y Aguilera, 2002):

- a) Las mujeres delinquen menos que los hombres: sobreentendiendo que la mujer adecua más que los hombres su comportamiento a la ley; explicado esto por el rol social/cultural pasivo que tiene la mujer, atribuido por la sociedad y por causas biológicas, estando estas causas actualmente en cuestionamiento.
- b) Las mujeres delinquen en la misma medida que los hombres, pero obtienen mayores beneficios y tratos de favor en el proceso judicial. Si bien, estas cuestiones son rebatidas también en la actualidad.

Lo que sí es evidente y contrastable, es que las causas por las cuales las mujeres se han incorporado al mundo delictivo son la exclusión social, pobreza, falta de formación y otros factores socioculturales. Siendo estas características las que reúnen en su inmensa mayoría las mujeres reclusas en centros penitenciarios españoles (Yagüe y Cabello, 2005; Yugueros, 2013).

En el caso particular de Latinoamérica, son los delitos relacionados con las drogas el primer motivo de comisión de delitos en mujeres; el incremento de mujeres que delinquen, que son detenidas y se encuentran por tanto en centros penitenciarios, está ligado fuertemente tanto al tráfico de drogas (microtráfico), como al consumo de las mismas. En la investigación realizada en el Centro

Penitenciario femenino “Región los Andes” en Mérida-Venezuela, se comprobó que el motivo principal para la comisión del delito relacionado con las drogas, fue la necesidad económica (46.9%), seguido de la necesidad de compra de la sustancias (mujeres adictas) con un 15.6% (Peña, 2001; Salazar, 2008), datos que se pueden extrapolar a otras prisiones femeninas y en concreto al caso español.

El aumento de mujeres delincuentes y en concreto los delitos contra la salud pública, no es fortuito; es un tipo de delito que permite continuar con el desempeño de rol tradicional de las mujeres, madre, esposa..., sin desplazarse de forma continua del hogar, pudiendo mantener sus actividades propias de su rol tradicional, con el añadido de la fuente de ingresos que conlleva. Este es el caso de las llamadas “mulas” o “burreras”, común en mujeres fundamentalmente de origen latinoamericano; un agravante de este colectivo es que suelen ser detenidas fuera del país de residencia, por lo que se les aleja de su entorno, familia e hijos/as, así como de otras redes de apoyo (Antony, 2007; Salazar, 2008). Dichas circunstancias convierten a este grupo aún más vulnerable (Almeda, 2003, p.70 y ss.).

La reflexión de estos datos nos lleva a la búsqueda de los motivos del aumento de la delincuencia en mujeres y en concreto de los delitos relacionados con drogas y el tráfico de las mismas; existen diversos supuestos que podemos clasificar en tradicionales, modernos, feministas y contemporáneos (Salazar, 2008). Dentro de las teorías modernas, denominadas así, ya que surgen del fenómeno de la modernización de la mujer, destacamos la tesis de la necesidad económica (Del Olmo, 1998; Miller, 1986), donde la mujer realiza, un puro trabajo doméstico, tanto como transportista o incluso como participante en el proceso de producción de la sustancia (Miller, 1986, p. 181), cometiendo conductas delictivas como el microtráfico, siendo el origen de las mismas, entre otras circunstancias, la pobreza. Al mismo tiempo esta necesidad económica, viene derivada de la emancipación de la mujer presentando nuevas necesidades entre ellas económicas, que desea cubrir por sí sola, sin dependencia al hombre (Del Olmo, 1998). Concluyendo, observamos un perfil mayoritario y definido de la mujer delincuente, que coincide tanto en Latinoamérica como en nuestro país: unas precarias condiciones económicas, adultas jóvenes, solteras, madres, con estudios primarios y carencia en formación profesional, por lo que se puede

concluir que entre los retos a conseguir en relación al medio penitenciario y mujeres, es reducir o eliminar las carencias que propician el delito: la falta de educación/formación laboral con casi nulas oportunidades de inserción en el mundo del trabajo, conllevando una necesidad económica; a su vez detectamos que la adicción y la necesidad económica para mantener dicho consumo, es otro de los motivos principales de la delincuencia femenina por lo que la implementación de programas de tratamiento adecuados, entre ellos la prevención de recaídas del consumo, facilitaría la reinserción disminuyendo la tasa de reincidencia de delincuencia de este colectivo.

CAPÍTULO 3. PERSPECTIVA DE GÉNERO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS EN PRISIÓN

Como punto introductorio a este apartado, comenzaremos contextualizando, con lo que se ha denominado política de género, que hará que dicha perspectiva se traslade e implemente en el medio penitenciario, abarcando también al fenómeno de la drogodependencia.

Nos remontaremos a la década de los 90 donde el IV Programa de Acción Comunitario para la Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres 1996-2000 lanza un nuevo concepto el “mainstreaming” de género, que en España se recoge en el III Programa de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres, 1997-2000, materializándose como una estrategia transversal con la pretensión de alcanzar la igualdad entre hombres y mujeres (Fernández-Rodríguez, 2012; Instituto de la Mujer, 1997).

Dicha estrategia crea también sus bases para el desafío en materia de drogas, la incorporación de la perspectiva/enfoque de género, como ya se materializa en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 y su Plan de Acción 2013-2016, donde se señala la responsabilidad de incorporar dicha perspectiva de forma efectiva (DGPNSD, 2009, 2013).

3.1. Delimitación conceptual de la Perspectiva de Género en medio penitenciario

Desde un punto de vista criminológico, la perspectiva de género, utiliza el concepto de *sensibilidad o atención al género*, entendiendo que los enfoques incluidos en esta visión, reconocen las necesidades de las mujeres, satisfacen los problemas específicos, incluidos los de abuso de sustancias, con el fin de fortalecer desde la intervención/tratamiento y dotando de recursos y habilidades con énfasis en la auto-eficacia (Bloom y Covington, 2000; De Cou, 2002).

La perspectiva de género ha puesto en evidencia numerosas estructuras sociopolíticas, destapando la situación de la mujer, y aún más evidente ha sido el término denominado sistema penal de género, ya que por un lado se puede afirmar que dicho sistema penal es discriminador, llegando a recluir a mujeres que son víctimas (de violencia, abandono, sociales por falta de oportunidades...) y por

otro, de nuevo discriminador, por ser la prisión una institución sexista (Chesney-Lind y Pasko, 2004; Mapelli, Herrera y Sordi, 2013).

La mujeres internas en el medio penitenciario, presentan unas dificultades añadidas a la propia vida en prisión, el factor género es necesario tenerlo en cuenta, la prisión está creada y diseñada para los hombres, por lo que se encuentra masculinizada; ya sólo considerando que existe una mayor tasa de delincuencia masculina y por tanto numerosos estudios criminalísticos están realizados con visión androcéntrica se deriva que los centros penitenciarios para mujeres ni han sido una prioridad, careciendo incluso de una arquitectura carcelaria apropiada a las mujeres, incluyendo la falta de recursos para las mismas (Antony, 2007); también es importante señalar que en la investigación relativa al contexto penitenciario, históricamente no ha primado el interés por el colectivo de mujeres presas (Caravaca, Sánchez y Luna, 2013; Noel, 2005 y Rivera, 2005), si bien en los últimos años han proliferado dichos estudios.

Un número elevado de las reclusas en nuestro país, cumplen su condena en centros penitenciarios que han sido diseñados para hombres (García de Cortázar et al, 2012); a su vez la condición de ser mujer en este espacio, con un número inferior de internas que de internos, influye en el tratamiento, la oferta de recursos, incluso en el disfrute de espacios, no estando en equidad entre hombres y mujeres (García-Vita y Melendro, 2013), habiendo avances como la existencia de espacios propios, en el territorio español, para mujeres con hijos menores de tres años (Igareda, 2007).

Está constatado el aumento de la población reclusa femenina en nuestro país en los últimos años, con la consiguiente problemática de diversificación (diferentes perfiles) de estas mujeres, madres, minorías étnicas y aumento de mujeres extranjeras principalmente latinoamericanas; esta situación, junto a la falta de espacio, hace que convivan mujeres con diferencias significativas (diferentes delitos, patologías entre ellas la presencia o no de drogodependencia), o características personales como edad, nacionalidad, presencia de hijos/as..., contraviniendo la ley que establece la separación y clasificación de presos/as según perfiles personales y tipologías de delito (Añaños, 2012).

Si bien, el aumento de la presencia de mujeres en el medio penitenciario ha hecho que los últimos años crezca el interés por éstas en dicho medio, así como su tratamiento desde un enfoque de género. Este enfoque va a permitir aumentar la visibilidad de la mujer interna en prisión, con el fin de minimizar los efectos negativos de la vida intramuros, siendo éstos más nocivos en ellas que en los hombres, y a su vez elucidar que su atención, debido a su menor presencia, entre otros factores, es de menor calidad que la de los hombres en sus mismas condiciones. Por lo tanto, es necesario seguir investigando en lo que acontece en las prisiones, en sus acciones y funcionamiento, tanto desde un enfoque socioeducativo como desde la perspectiva de género (Añaños-Bedriñana y Yagüe, 2013).

En este contexto y situación, existe una cultura carcelaria, siendo diferente ésta, entre hombres y mujeres; en concreto las mujeres suelen constituir el grupo intramuros en base a una estructura familiar tradicional, existiendo una figura principal –líder- adoptando un papel materno, del mismo modo las relaciones entre las internas y su cohesión grupal aporta un componente socioafectivo de apoyo (Ruiz Pérez, 2009). Según el estudio “*Mujeres reclusas drogodependientes y su reinserción social. Estudio socioeducativo y propuestas de acción*” (Referencia EDU2009-13408), dirigido por la profesora Añaños (2012), de la Universidad de Granada, las relaciones entre las compañeras son valoradas positivamente por el 80,5% de las encuestadas, aún siendo la figura principal de apoyo la madre, en el 55.6%; en segundo lugar aparecen las compañeras, también internas como fuente de apoyo en el 54,1% (García-Vita y Melendro, 2013). En relación al apoyo socioafectivo es frecuente en las internas la búsqueda de pareja dentro de la propia prisión, reduciendo de este modo, el sentimiento de abandono/soledad propiciado por su internamiento y alejamiento de la familia de origen (Carcedo, López y Orgaz, 2006).

Otras de las cuestiones ha considerar cuando hablamos de mujeres, medio penitenciario y perspectiva de género, es que las mujeres internas en centros penitenciarios sufren una mayor estigmatización social que los hombres en igualdad de condiciones (Antony, 2007; Turbi y Llopis, en prensa). Dicho estigma, junto a la propia realidad de las prisiones femeninas, hacen que sea necesario los estudios con enfoque desde la perspectiva de género de la institución

penitenciaria como de las políticas penales (Antony, 2007) ya que su exclusión en numerosas ocasiones viene dada por su sexo y no tanto por el delito cometido, por lo que la prisión sigue siendo un discriminador de género (Mapelli, Herrera y Sordi, 2013).

Dicha exclusión marcada por el rol tradicional que la sociedad ha designado a las mujeres, hace que la prisión, dentro de su función, ha de “rehacer” dicho rol, recurriendo e implementando en numerosas ocasiones programas formativos “tradicionales” dentro de las prisiones: cocina, peluquería, corte y confección..., suponiendo que dicha formación le facilitará su reinserción (Antony, 2007) y consiguiendo en muchos de los casos, únicamente, mantener el rol social tradicional, rol que no le permite a la mujer disponer de autonomía propia, unido esto a la maternidad. Éstas entre otras circunstancias, han podido hacer que aumente la tasa de delincuencia femenina y tal como señala Antony, (2007), mucho de estos delitos tienen que ver con el tráfico de drogas, concretamente con el microtráfico.

Antony, (2007), señala entre otros, unas necesidades que se observan en prisiones latinoamericanas desde un enfoque de género, y que muchas de ellas se podrán adaptar a nuestra realidad, destacamos entre otras: la mejora de servicios sanitarios, el establecimiento de una intervención socioeducativa que facilite la reinserción social fuera de los roles tradicionales y la división sexual del trabajo, disminuyendo de este modo la reincidencia de delitos contra la salud pública.

Otra de las variables importantes a considerar en la perspectiva de género en la temática que nos ocupa, es la maternidad, existiendo estudios que demuestran que el encarcelamiento junto a la maternidad es un factor adicional, pudiendo aumentar la presencia de sintomatología depresiva en mujeres privadas de libertad, siendo éste un colectivo más vulnerable, ya que sienten mermado el sentimiento de maternidad y el control/educación sobre los hijos/as (Poehlmann, 2005; Pulido-Criollo, Rodríguez-Landa y Colorado-Martínez, 2009).

Todas estas cuestiones no son viables salvo que el marco jurídico las acompañe y refuerce; la normativa en vigor en nuestro país, en concreto la Ley Orgánica General Penitenciaria y Reglamento Penitenciario (LOGP, 1979; RP, 1996), tiene en cuenta la separación de internos por sexos por lo que considera las

características específicas de las mujeres presas, como por ejemplo la presencia de servicios ginecológicos, pediatra en caso de ser madres y residir los menores con ellas, y en particular se regulan las situaciones de embarazo, quedando éstas exentas de trabajos por un periodo de 16 semanas ininterrumpidas (18 en caso de parto múltiple), siendo seis de ellas tras el parto (art. 29 LOGP, art. 133 RP), así como la imposibilidad de sanción de aislamiento en celda hasta seis meses después del embarazo (art. 43.3 LOGP, 254.3 RP). Las internas con condición de madre tampoco podrán ser sancionadas con aislamiento mientras que el menor sea lactante y/o conviva con ellas (art. 43.3 LOGP y 254 RP). A su vez, en el caso de tener con ellas los hijos/as menores de tres años y pueda darse la posibilidad, serán destinadas a Unidades de Madres (art. 178 y ss. RP) y con programas educativos para los menores (art. 125 RP) y si estuviesen clasificadas en tercer grado serán destinadas a Unidades Dependientes (art. 165 y ss. RP). En el supuesto de tener hijos/as menores de 10 años y que no convivan con ellas tendrán derecho a un régimen de visitas, sin restricciones en cuanto a frecuencia e intimidad (art. 38.5 LOGP), salvo que sea imposible el mismo por motivos de orden y seguridad (art. 178.6 RP). Del mismo modo, además de la especificidad de la maternidad y tal y como refiere De la Cuesta (2005), nuestro sistema penitenciario español otorga una especial consideración a las presas jóvenes, reforzando los servicios psicológicos/psiquiátricos y de apoyo a sus familias junto al refuerzo de programas destinados a la reinserción.

Si bien es cierto, que a pesar de que la normativa recoge estas posibilidades, no siempre existe la opción adecuada de llevarlas a cabo por dificultades de separación, clasificación y otras limitaciones del sistema penitenciario.

Nuestro sistema penitenciario, desde los años 90, inicia la incorporación de la perspectiva de género de forma paulatina, señalamos una serie de objetivos recogidos en el “Programa de Acciones para la Igualdad entre Hombres y Mujeres en el ámbito penitenciario” (Ministerio de Interior, 2009):

- Superar los factores de vulnerabilidad que inciden en la actividad delictiva.
- Erradicar los factores de discriminación basados en el género dentro de la

prisión.

- Prestar atención integral a las necesidades de las mujeres encarceladas.
- Abordar la violencia de género especialmente las secuelas (psíquicas, médicas, adicciones, etc.), asociadas a la alta prevalencia de abusos y maltrato.

A pesar de los esfuerzos realizados y que se siguen dando, las diferencias entre los colectivos de presos hombres y mujeres siguen siendo patentes, fundamentalmente ante la intervención, tratamientos, programas socioeducativos, ... (Almeda, 2010; Añaños-Bedriñana, 2010, 2012, 2013; Llopis, 2008).

En nuestro caso español concreto y tras el análisis de resultados del marco general de la investigación (Ref. EDU2009-13408), señalamos ciertas dificultades/carencias pendientes en las prisiones femeninas en nuestro país en relación al enfoque de género (Añaños, Fernández y Llopis, 2013):

- Se detecta una masificación/superpoblación, donde en ocasiones el colectivo de mujeres reclusas convive en espacios más reducidos que el de los hombres presos. Esto conlleva la reducción de la privacidad y de la personalización/especificidad en tratamientos o acciones socioeducativas. Todavía se dan problemas de distribución espacial, sin respetar en todos los casos la “separación interna”, pudiendo convivir en el mismo espacio mujeres con diferentes perfiles, tanto con diferencias de edad, delictividad, orígenes, y patologías como adicciones entre otras, etc.... Señalamos como ejemplo, el Hospital Psiquiátrico Penitenciario para mujeres de Fontcalent, situado en la provincia de Alicante, donde todas las reclusas independientemente del trastorno mental que padecen y la gravedad del mismo, residen en el mismo recinto, con la consiguiente limitación en intervenciones terapéuticas que esto conlleva, dificultando su reinserción.
- Por último, el número de centros penitenciarios específicos para mujeres sigue siendo insuficiente; dicha carencia conlleva intrínseca, la dispersión en la ubicación de los mismos, provocando distanciamiento en ciertos casos de la mujer reclusa con su entorno, dificultando la relaciones, así como las visitas de familiares y/o allegados, al igual que la relación con recursos comunitarios próximos a la residencia habitual que faciliten la

reinserción.

3.2. Atención al género en materia penitenciaria

Ya en las últimas décadas se han ido generando, por parte de entidades, instituciones u organismos oficiales, diversos informes y/o documentos influyentes en el cambio y reforma penitenciaria sensibles al género. A continuación vamos a resaltar los más influyentes tanto a nivel internacional como nacional.

1.- *Creating Choices: the report of the task force on federally sentenced women* (Correctional Service Canada, 1990). Con este informe se modifica la visión de las mujeres en prisión, posterior a su publicación se abren nuevos centros penitenciarios femeninos, con un programa que atiende a las mujeres reclusas, recayendo la atención en la exclusión social, marginalidad y pobreza. En el capítulo X (sección C), se habla de empoderamiento (empowerment), como uno de los principios fundamentales para el trabajo con este colectivo.

2.- *Gender-Responsive Strategies. Research, practice and guiding principles for women offenders* (National Institute of Corrections, U.S. Department of Justice, 2003). Resaltamos los seis principios propuestos por dicho documento en materia penitenciaria: 1) el género conlleva diferencias; 2) el respeto, la dignidad y la seguridad son básicos; 3) se ha de abordar la problemática de las adicciones, el trauma y otros problemas mentales mediante los servicios adecuados; 4) se han de poner en marcha políticas, programas y prácticas que faciliten contacto saludable a menores, familia y otras figuras significativas; 5) facilitar oportunidades para a mejora socio-económica y 6) la puesta en marcha de una supervisión comunitaria para favorecer la reinserción.

No es menos importantes cuatro teorías desde la perspectiva de género en la que se tiene que fundamentar la intervención y/o tratamiento:

- a) Teoría relacional: haciendo hincapié en lo que implican las relaciones humanas en la mujer.

- b) Teoría de los itinerarios, con elementos específicos que gravan a la mujer abocada al delito. Guardando relación con la ruta de la victimización hacia el delito (Mapelli, Herrera y Sordi, 2013).
- c) Teoría del trauma: trauma que tiene su origen en la violencia directa o indirecta sufrida.
- d) Teoría de la adicción: ya que la mujer adicta presenta sus propias especificidades.

3.- *Proyecto MIP, Mujeres, Integración y Prisión (2003-2004); V Programa marco de la Unión Europea de mejora del conocimiento socio-económico 2002-2005* (Cruells e Igareda, 2005a). Dicho proyecto integra el trabajo de diversas instituciones (ONG's) de seis países europeos, realizando un estudio comparativo sobre dificultades y vulnerabilidades, y su reinserción de las mujeres en cárceles europeas. Las autoras anteriormente citadas, elaboran el *Informe Nacional de recomendaciones y propuestas políticas* (Cruells e Igareda, 2005b); en el mismo, se exponen 5 principios generales que resumimos a continuación: 1) Atender a las diferencias de género, poniendo énfasis en la integración de la perspectiva de género; 2) La reinserción penitenciaria debe ir encaminada a las necesidades de reasentamiento y no a los cambios psicológicos de las mujeres; 3) Aceptar la incompatibilidad existente entre seguridad y reinserción; 4) Coordinación entre recursos y ministerios para dar respuesta no sólo a la problemática penal si no también a la social, política y económica; 5) Buscar alternativas penales al delito descentralizando la prisión.

En base a estos principios el informe detalla una serie de recomendaciones políticas a diversos ministerios según áreas prioritarias:

- Inclusión de la perspectiva de género en política penitenciaria.
- Atención junto a intervención con mujeres víctimas de violencia.
- Relaciones familiares: monoparentalidad, mujeres con hijos/as en prisión, mujeres con hijos/as fuera de la prisión y prestaciones a la familia.
- Inserción Laboral: trabajo intramuros.

- Integración Social: información, salud y consumo, mujeres extranjeras, educación y vivienda.
- Estructura de la administración penitenciaria: teniendo en cuenta tanto estructura como presupuestos.

4.- *Recopilación de reglas y normas de las Naciones Unidas en la esfera de la prevención del delito y la justicia penal.* Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito (2007). Este documento es genérico tanto para hombres como para mujeres, si bien por nuestra parte resaltaremos lo relativo a mujeres en situación de privación de libertad y la justicia penal. En la primera parte se habla de *Personas detenidas, sanciones no privativas de la libertad, justicia de menores y justicia restaurativa*, donde en el capítulo 1, se hace referencia a unas *Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos*, donde se hace empeño en la no discriminación ni tratamiento desigual por sexo, incluyendo en la Regla 8.a que en la medida de lo posible los hombres y mujeres han de ser reclusos en establecimientos diferentes. Es en estas mismas reglas en la sección de servicios médicos donde se señala de forma concreta, en la Regla 23.1, que en los centros penitenciarios femeninos tienen que existir instalaciones para tratar de forma adecuada a las reclusas embarazadas y las que han dado luz dentro de la prisión; en la Regla 23.2, en relación a los menores se indica que han de existir instalaciones, servicios y personal cualificado para los menores que convivan con sus progenitoras en el tiempo que no sean acompañados por éstas.

En una Segunda Parte del documento: *Arreglos jurídicos, institucionales y prácticos para la cooperación internacional*, se mencionan los tratados modelos en materia y asuntos penales. En su Tercera Parte, *Prevención del delito y cuestiones relacionadas con las víctimas*, se hace mención explícita sobre la violencia ejercida sobre la mujer. Finaliza el documento con una Cuarta Parte: *La buena gobernanza, la independencia del poder judicial y la integridad del personal de la justicia penal*.

5.- *The Corston report. A review of women with particular vulnerabilities in the criminal justice system* (Home Office, 2007). Dicho informe, enmarcado en Reino Unido, surge tras la muerte de seis mujeres, en la prisión de Styal en 2002. El informe señala 43 recomendaciones para abordar las situaciones de

vulnerabilidad de mujeres presas; señalamos dos de ellas: la existencia de más recursos no carcelarios y la posibilidad de sustituir la prisión por pequeñas dependencias custodiados.

6.- Informes realizados por Quaker United Nations Office: resaltamos los siguientes:

a) *Mujeres en la cárcel e hijos de mujeres encarceladas. Desarrollos recientes en el sistema de derechos humanos de las naciones unidas* (Quaker United Nations Office, 2006). En dicho documento se hace una revisión de las diferentes dificultades de las mujeres en prisión haciendo hincapié en problemas que conlleva la discriminación de este colectivo junto a la situación de hijos/as de madres encarceladas y la separación de éstos de ellas; a su vez, hay una serie de consideraciones teniendo en cuenta consensos y tratados de Derechos Humanos en relación a mujeres en prisión. Finaliza el texto con una serie de recomendaciones que versan principalmente sobre: alternativas a la prisión, mujeres víctimas de violencia e hijos de madres reclusas.

b) *Mujeres en la cárcel: comentario a las reglas mínimas de las Naciones Unidas para el trato con reclusos* (Quaker United Nations Office, 2008). Nace de una parte del documento de Naciones Unidas, *Recopilación de reglas y normas de las Naciones Unidas en la esfera de la prevención del delito* (2007), citado anteriormente. Son revisadas una serie de características específicas de la mujer presa, las cuales conllevan una discriminación dificultando la reinserción de las mismas y que son susceptibles de intervención. Resaltamos, por la temática a tratar en nuestro trabajo, los comentarios realizados a los problemas psicológicos y adictivos que presentan algunas mujeres que configuran este colectivo.

7.- *Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok)* (Naciones Unidas, 2011). Reglas nacidas fundamentalmente de las Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos recogidas en *Recopilación de reglas y normas de las Naciones Unidas en la esfera de la prevención del delito y la justicia penal* (Naciones Unidas, 2007) y otras declaraciones en materia de mujeres y medio penitenciario. Dicho documento señala un total de 70 reglas, divididas en cuatro secciones:

I. Reglas de aplicación general, con total de 39, que hacen referencia al principio básico, ingreso, registro, lugar de reclusión, higiene personal, servicios de atención de salud (donde la regla 10 habla de la atención a la salud exclusiva de la mujer y la 15 de los programas por uso indebido de drogas), seguridad y vigilancia, contacto con el mundo exterior, el personal penitenciario y su formación y reclusas menores de edad.

II. Reglas aplicables a las categorías especiales, son 17, señalando lo referido a las reclusas condenadas: clasificación e individualización, régimen penitenciario que incluye las relaciones sociales y asistenciales post-encarcelamiento, reclusas embarazadas, lactantes y con hijos en la prisión, extranjeras, grupos minoritarios y pueblos indígenas. Finaliza la sección con un apartado sobre mujeres en prisión preventiva o a la espera de juicio.

III. Medidas no privativas de libertad, con 10 reglas.

IV. Investigación, planificación, evaluación y sensibilización pública. (4 reglas).

8.- *Programa de acciones para la igualdad entre hombres y mujeres en el ámbito penitenciario. Ministerio del Interior, Secretaria General de Instituciones Penitenciarias (SGIP, 2009).*

Hemos querido dejar para el final de este apartado, el documento elaborado en 2009, por la administración pública, Ministerio del Interior, Secretaria General de Instituciones penitenciarias (SGIP, 2009) en España, ya que es exclusivo del territorio español, si bien y como es de esperar ha tenido en cuenta otras recomendaciones de ámbito europeo e internacional, algunas de ellas descritas anteriormente.

Se inicia el documento con una exposición de la realidad, describiendo los recursos existentes así como una descripción del perfil de las mujeres reclusas en las prisiones españolas. Seguidamente se propone el programa de acciones para la igualdad entre hombres y mujeres en el ámbito penitenciario, con unos objetivos de actuación divididos por áreas:

I. Actuaciones a nivel organizativo, se hace referencia a varios aspectos: creación de una estructura orgánica y funcional con mayor implicación institucional en dicha materia; introducción de la perspectiva de género en las políticas penitenciarias; adaptar planes de igualdad a la política de personal junto a la incorporación de la política de género a órganos directivos fomentando la sensibilización sobre el tema; y facilitar la investigación y aumentar la presencia en foros internacionales, al igual que promover cambios en la legislación desde la perspectiva de género.

II. Observatorio permanente para la erradicación de factores de discriminación basado en el género, incidiendo en métodos de análisis de gestión, plan de adecuación de las estructuras arquitectónicas donde residen las mujeres y actuar, analizar y modificar en la medida de lo posible sobre el régimen penitenciario.

III. Atención integral a las necesidades de las mujeres encarceladas y excarceladas. Tras la elaboración de protocolo de acogida en cada centro penitenciario, señala el documento la intervención en diferentes áreas o necesidades de este colectivo: incidencia en las relaciones familiares o alternativas y otras de apoyo entre las propias internas; se da importancia a temas de salud; implementar estrategias que favorezcan el empoderamiento; planes escolares-formativos así como culturales, deportivos y de ocio; como no podía pasarse se recoge en el programa lo relativo a la integración/inserción laboral, desde diversas estrategias ya iniciadas con la incorporación laboral / adquisición de experiencia laboral desde el periodo de internamiento; facilitar el desarrollo de la maternidad en prisión; y especial atención a colectivos específicos y más vulnerables donde se incluyen a mujeres con problemas de consumo de drogas.

IV. Planes para favorecer la erradicación de la violencia de género y paliar sus consecuencias. Trabajado este aspecto desde dos vertientes: reducir la vulnerabilidad de las mujeres reclusas y por otro lado desde programas específicos para mujeres que tienen historial como víctimas de violencia de género.

Concluye el documento con el plan de seguimiento y evaluación del programa propuesto.

3.3. Consumo de sustancias y medio penitenciario. Sustancias más consumidas y patrones de consumo

El consumo de drogas “*per se*”, puede conllevar a la violencia y exclusión, teniendo una estrecha relación con el mundo de la prisión; dicha relación la podemos describir en dos dimensiones, una primera relacionada con lo jurídico-penal y sociosanitario y una segunda con dificultades personales de los reclusos/as en relación al consumo de sustancias, tanto de dependencia como de patologías asociadas (Añaños, 2012).

Se estipula que más de la mitad de los internos/as en centros penitenciarios de la UE, han consumido drogas en alguna ocasión, y de éstos, un tercio presentan un patrón de consumo problemático (EMCDDA, 2012, 2014; OEDT, 2003; Zurhold et al., 2005); a su vez el ingreso en prisión y el consumo de drogas conlleva una serie de relaciones; el ingreso penitenciario favorece el abandono o la reducción del consumo de drogas o en contra el interno/a se inicia en dicha conducta de consumo; podría darse también que la falta de disponibilidad de la sustancia principal antes del ingreso, haga que se inicie en el consumo de otras sustancias de mayor acceso intramuros, pudiendo desarrollar un patrón de consumo aún más nocivo (Fazel y Baillargeon, 2011; Fazel y Danesh, 2002; Niveau y Ritter, 2008) ya que en el medio penitenciario, la motivación es diferente que en la vida en libertad en cuanto al consumo de drogas (Moreno, 1999). Otro de los temas que preocupa en relación al consumo de drogas en el medio penitenciario, es la salud física y mental de los usuarios/as internos, siendo esta salud peor en los reclusos/as que en la población general, por lo que muchos de los esfuerzos han de ir encaminados a paliar éstas consecuencias (Aerts et al., 2006; EMCDDA, 2012, 2014; Turbi y Llopis, en prensa). Con todo, podemos afirmar que el fenómeno de las drogodependencias en el medio penitenciario no es una problemática nueva, pero sí un presente (Hernández y Herrera, 2003), aún sin resolver.

Uno de los retos desde la intervención de la sanidad penitenciaria, entre otros, es la prevención, control e intervención del problema de la drogodependencia (Hernández y Herrera, 2003), no únicamente desde una visión de intervención terapéutica reducida, sino también desde una mirada más amplia,

incluyendo la reducción de daños y riesgos favoreciendo una mejor salud de los internos/as consumidores de sustancias (De la Cuesta, 2005), y desde nuestra opinión no sólo como característica del colectivo, sino como parte de la vida intramuros que condicionará la reinserción de los presos y presas tras su salida del centro penitenciario.

Para ello es importante analizar la realidad en la que nos encontramos, tal y como se indica en la Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias, ESDIP 2011 (DGPNSD, 2011), existe un alto porcentaje de consumidores reclusos, mayor y altamente significativo que en la población general española según la Encuesta sobre alcohol y drogas en España, EDADES 2013 (DGPSD, 2015), excepto en el consumo de alcohol donde se obtienen porcentajes similares. Si consideramos la Memoria de 2014 sobre Programas de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios (SGIP, 2015f), a fecha de Diciembre de 2014, recibían diariamente tratamiento de drogodependencias 11.214 internos, el 20,1% del total de la población penitenciaria en España, participando en programas de mantenimiento con metadona 3.867 internos al día, un 6,9% del total de la población reclusa y 7.347 internos al día realizaban programas de deshabituación, el 13,2% del total de la población objeto. Si nos ceñimos a cifras generales del número de internos/as atendidos en los centros penitenciarios en España durante el año 2014, la cifra asciende a un total de 25.944 internos incluyendo los que han recibido tratamiento de deshabituación o en mantenimiento con metadona; estos últimos tratamientos inician su irrupción a partir de 1994, llegando a superar los de deshabituación, debido principalmente al patrón de consumo de los internos/as, siendo la heroína la sustancia más consumida, a partir de 2004 sufren un descenso progresivo habiendo sido superados desde 2011 por los tratamiento de deshabituación, ya que los patrones de consumo se han visto modificados marcados por el descenso de opiáceos y el aumento del consumo de cocaína con diferentes vías de consumo (DGPNSD, 2011; SGIP, 2015f).

Profundizando en la Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas a los Internados en Prisión, ESDIP 2011 (DGPNSD, 2011) se observa que una de las características de usuarios/as de drogas en el medio penitenciario, en el **mes previo al ingreso**, es el policonsumo:

- El 21,4% eran consumidores de cocaína sola como droga principal, tanto de cocaína en polvo o de cocaína base, con diferente vía de consumo; a su vez, consumían también otras alcohol y cannabis principalmente.
- El 9,1% eran consumidores de “speed-ball” (heroína más cocaína) como sustancia principal, junto a cocaína sola, heroína sola, alcohol, cannabis y tranquilizantes no recetados.
- El 5,4% eran consumidores de heroína sola como droga principal, consumiendo también otras sustancias: alcohol, cannabis, cocaína sola y tranquilizantes no recetados.
- El 26,1% eran consumidores únicamente de alcohol sin consumir otras sustancias.
- El 13,4% eran consumían cannabis como droga principal, más alcohol, y en ocasionalmente tranquilizantes no recetados.
- Solo el 24% de las personas no consumían drogas en el mes anterior a su ingreso en prisión.

Si consideramos la frecuencia, también anterior al ingreso se dan dos patrones principales:

- Los consumidores de cocaína o de alcohol, encontrando dos tipos: los consumidores diarios (el 36,4% de los consumidores de cocaína y el 31% de los consumidores de alcohol) y los que consumen entre 1 y 3 días a la semana (el 31,9% de los consumidores de cocaína y el 37% de los de alcohol).
- Por otro lado encontramos consumidores de heroína + cocaína (speedball), los de heroína sola y los de cannabis, de forma diaria (el 86,5% de los consumidores de heroína + cocaína, un 72,4% de los consumidores de heroína sola y el 71,7% de fumadores de cannabis).

En relación a la vía de consumo, marcada por la propia sustancia de abuso, el estudio refleja lo siguiente: en el mes previo al ingreso en prisión la vía principal para el consumo era fumada tipo “chino” para la heroína (73,6%) y para heroína + cocaína (71,4%), nasal (esnifada) para la cocaína en polvo (78,6%). Sin embargo siguen existiendo consumidores de drogas por vía intravenosa en el mes previo al ingreso, con los riesgos de salud que conlleva principalmente de contagio de VIH y VHC (Turbi y Llopis, en prensa).

Una vez se produce el **ingreso en prisión** el consumo se reduce de forma considerable, fundamentalmente por la falta de disponibilidad de las sustancias en el centro penitenciario y por la posibilidad de acceso a programas de tratamientos de la drogodependencia (PMM y deshabituación), los datos más significativos en relación al consumo en el mes siguiente al ingreso según ESDIP 2011 son:

- El 74,8% de internos/as han consumido tabaco en prisión en el último mes, siendo este consumo superior en hombres (75,6%), y en menor medida las mujeres (68%).
- En relación al consumo de otras sustancias en prisión, el 21,3% consume cannabis, el 4,1% tranquilizantes no recetados, el 3,8% alcohol, el 2,4% heroína sola, el 1,3% cocaína en polvo, el 1% cocaína base, siendo el consumo del resto de sustancias inferiores al 1%.

Al igual que ocurre con el consumo antes del ingreso, el colectivo se caracteriza por un policonsumo:

- Un porcentaje, que supone el 3,6% de las personas, consume heroína sola (1,9%) como principal sustancia de abuso, cocaína en polvo o cocaína base (1,1%) o de heroína + cocaína (0,6%). Este grupo consume a su vez otras sustancias, cannabis y tranquilizantes no recetados principalmente.
- El grupo mayoritario, que constituye el 20,8% de los internos/as, aunque no consumen las sustancias más habituales antes del ingreso (heroína o cocaína), consumen otras, sobretodo cannabis como droga principal (17,5%) y tranquilizantes no recetados (3,3%).

En relación a las Frecuencias del consumo en el último mes en prisión se dan dos patrones principales:

- Por un lado, los consumidores de cannabis o de tranquilizantes no recetados, en los que un tercio consumen a diario, otro tercio entre 1 y 3 días a la semana, y el resto realizan consumos esporádicos, menos de 1 día a la semana.
- Y por otro, los consumidores de heroína, cocaína y alcohol, siendo el consumo mayoritariamente esporádico, de menos de 1 día a la semana (51,4%, 54,3% y 59,7% respectivamente), o con una frecuencia baja, de entre 1 y 3 días en semana (28%, 28,3% y 24% respectivamente).

Las Vías de consumo de drogas en prisión, más frecuentes son: fumada tipo “chino” para heroína (68,3%) y para heroína + cocaína (62,3%), la vía nasal-esnifada para el consumo de cocaína en polvo (73,8%). Si bien se mantiene el consumo vía intra-venosa para el consumo de heroína + cocaína (26,5%), heroína (6,1%) o cocaína en polvo (9,9%). El 0,4% de las personas ingresadas en prisión consumen drogas inyectadas durante los últimos 30 días, y como se ha señalado con anterioridad, este conlleva riesgo de contagio de ciertas enfermedades infecciosas.

Como datos significativos y de evolución, resaltamos la disminución del consumo de drogas por vía intravenosa en el mes previo al ingreso en prisión, que se inicia a partir de 2000, pasando del 21,9% al 5% en el año 2011, debido al cambio en el patrón de consumo (disminución de heroína con el consiguiente aumento de cocaína, pasando del 3,4% en el año 1994 al 21,4% en el 2011) (ESDIP, 2011). Es de suma importancia el análisis exhaustivo de estos datos y la evolución de consumo y sus patrones, para desarrollar programas de tratamiento adaptados a la realidad del momento ya que uno de los problemas más relevantes de las personas que ingresan en la institución penitenciaria es el consumo de drogas y la problemática biopsicosocial asociada a dicho consumo: salud física y mental, deterioro socio-laboral y problemas jurídico-penales (delictividad y su reincidencia) que marcaran las intervenciones terapéuticas y socioeducativas que faciliten la reinserción (Del Pozo, Jiménez y Turbi, 2013; Turbi y Llopis, en prensa).

3.4. Género, Mujeres reclusas y consumo de sustancias

El consumo de drogas en la población general femenina presenta menores tasas que en hombres, por lo que esa menor prevalencia ha llevado a homogeneizar tratamientos y recursos para ambos (Souza y Cruz, 2009), masculinizando los mismos; del mismo modo ha ocurrido en los centros penitenciarios, sin dar una respuesta explícita a la población reclusa femenina sin consideraren términos generales una visión de género. Con todo, en los últimos años se han elaborado numerosos documentos, tanto a nivel local, nacional e

internacional, junto a programas que priorizan la visión de género, señalamos algunos de ellos de forma cronológica:

1.- *Intervención en Drogodependencias con Enfoque de Género* (DGPNSD, 2007), haciendo visible y analizando variables específicas de la mujer consumidora de drogas como las dificultades al tratamiento, la intervención con las familias de origen, la autoestima, la maternidad, violencia de género, entre otras.

2.- *Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016 de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas*, Ministerio de Sanidad y Política Social (DGPNSD, 2009). Donde ya se considera esta visión de género para el desarrollo de los consiguientes planes de acción.

3.- *Una mirada de género sobre el consumo de alcohol y otras drogas en las mujeres inmigrantes* (Fundación Atenea, 2011), considerando las variables tanto de inmigración como de género.

4.- *Perspectiva de género y programas sobre drogas: el abordaje de las desigualdades*, promovido por el Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en políticas sobre drogas, COPOLAD (Villar, 2014). Resaltando un enfoque de igualdad tanto para la prevención y rehabilitación como en el tráfico ilícito y otras realidades en América Latina.

A pesar de la proliferación de programas considerando la perspectiva de género en materia de drogas, la dificultad del trabajo en este ámbito se ve aumentada en relación a las mujeres si añadimos la variable reclusa, pues éstas presentan aún más particularidades: unas necesidades y afectación a causa de la reclusión y el consumo, diferentes a los hombres, conllevando una mayor exclusión social y carga de estigma; estas particularidades en términos generales no son tenidas en cuenta, ya que sólo representan el 5% de la población reclusa en Europa (De Miguel, 2015; EMCDDA, 2012), si bien se están aunando esfuerzos para tratar de forma adecuada al colectivo respondiendo a sus necesidades, tanto de tratamiento a las drogodependencias, prevención de sus consecuencias, cuidados en salud física y mental, como de preparación a la vida en libertad (UNODC, 2008; WHO, 2009). A pesar de dichos esfuerzos existen escasas

investigaciones específicas sobre la temática, entre otras causas por la falta de codificación en el registro de datos, mostrando de este modo la falta de interés existente incluso entre los profesionales del sector (Almeda, Di Nella y Navarro, 2012). La condición de ser mujer, presa y consumidora de drogas, denota una vulnerabilidad, una pertenencia a un colectivo socioeconómicamente desfavorecido, con mayor riesgo de ser víctimas de violencia, cuestiones que facilitan el acceso a la conducta delictiva y adictiva, como es el caso de las “mulas”, mujeres correo utilizadas para el tráfico de drogas; esta situación de nuevo hace aumentar la exclusión social que comporta una mayor barrera de acceso al tratamiento debido entre otros aspectos a la inequidad de género existente en el medio penitenciario (Almeda, Di Nella y Navarro, 2012; Romero et al., 2010)

Vamos a presentar a continuación una visión general de las mujeres internas en centros penitenciarios de nuestro territorio consumidoras de drogas, según la Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas a los Internados en Instituciones Penitenciarias, ESDIP 2006 (DGPNSD, 2006), a pesar de existir una encuesta más actual ESDIP 2011, pero esta última no segrega los datos por sexo, siendo imposible describir el patrón de consumo de las mujeres presas.

A modo de introducción señalamos que las mujeres presas presentan una mayor tasa de consumo que otras mujeres, debido a su vulnerabilidad e inequidad de género (Romero et al., 2010). En nuestro país podemos constatar lo dicho, comparando la prevalencia de consumo de mujeres internas en medio penitenciario con mujeres españolas en población general, según la Encuesta EDADES 2013 (DGPNSD, 2015), por lo que se hace visible el fracaso en política de drogas en el medio penitenciario (De Miguel, 2015), y el camino que queda por recorrer.

Como características sociodemográficas a destacar de la población reclusa femenina, según ESDIP 2006 destacamos:

- Un 6,4% de las internas nunca habían estudiado frente a un 3,6% de los reclusos; si bien en el momento de la entrevista realizada, un 18,9% de las internas se encontraban estudiando dentro de la prisión.
- En cuanto a la situación laboral antes del ingreso en prisión, el porcentaje

de mujeres activas y trabajando fue menor que el de los hombres.

- En relación a la condición de la vivienda las mujeres vivían en mayor porcentaje en ubicaciones precarias o sin techo (un 8,0% de mujeres frente a un 6,2% de hombres).
- El 58,3% de las mujeres vivían con sus hijos frente al 33,1% de los hombres.
- El 72,5% de las mujeres tenían pareja y un 59,5% de ellas tenían pareja también en prisión; el 29,1% de las mujeres informó que su pareja era o había sido consumidora de heroína y/o cocaína.
- El mayor delito por lo que las mujeres cumplen condena es el de delito contra la salud publica siendo un 57,1% del total de las mujeres entrevistadas.
- Las mujeres tenían una peor percepción de salud en comparación a los hombres.

En relación a la prevalencia de consumo de sustancias alguna vez en la vida, el 85,8% de las mujeres contesto de forma afirmativa. En cuanto a las tres sustancias más consumidas (a excepción del tabaco, siendo un 68,7% de las mujeres fumadoras de forma diaria durante el último mes), nos encontramos con los siguientes datos:

- Alguna vez en la vida: el 76,7% de las encuestadas han consumido alcohol, 42,1% cannabis y el 4,1% cocaína (en cualquier modalidad).
- 30 días anteriores al ingreso en prisión: de nuevo el alcohol es la sustancia mas consumida con un 45,7%, seguido de la cocaína (cualquier forma) con un 27,9% y el cannabis en tercer lugar con un 22,2%.
- Explorando los últimos 30 días (ya internas en centro penitenciario), aparece el cannabis como la sustancia principal con un 12,7%, le sigue el consumo de tranquilizantes no recetados con un 6,5% y por heroína o cocaína (ambas en cualquier modalidad) con un 3,1%.

Aunque con una menor incidencia, es importante resaltar el consumo vía intravenosa, por las consecuencias tanto sociales (significación de la sustancia), como de salud, el 18,4% indica que alguna vez en la vida ha consumido sustancias (principalmente heroína y/o cocaína), mediante esta vía de consumo; el

7,6% 30 días antes del ingreso y una post-ingreso (últimos 30 días), el 0,8% consumió vía endovenosa. En relación a este patrón de consumo y en concreto al acceso a jeringuillas estériles y gratuitas (PIJ, Programas de Intercambio de Jeringuillas), el 34,1% de las mujeres respondieron de forma afirmativa, frente al 38,4% de los hombres, es decir, se deja patente de nuevo la inequidad de género, ocurriendo lo mismo con el porcentaje de consumidores/as tratados en prisión, un 33,3% de los hombres frente a un 25,9% de mujeres; a pesar de la diferencia de porcentaje entre hombres y mujeres, el dato en ambos casos es muy bajo para un colectivo en situación de reclusión (Turbi y Llopis, en prensa).

Por último señalaremos, en esta población, (hombres y mujeres en conjunto, ya que la encuesta no desglosa el dato por sexo), la sustancia principal que motiva el inicio de un tratamiento de drogodependencias en situación de libertad: la heroína con un 54,6% es la sustancia principal, heroína + cocaína (speed-ball), con un 22,7% y la cocaína base o en polvo con un 15,5%. Estas mismas sustancias, aunque con distintos porcentajes, se replican en la sustancia que motiva el inicio de tratamiento dentro del centro penitenciario. Si el inicio del mismo fue fuera de la prisión, el ingreso a la misma, es uno de los principales motivos de abandono del mismo, en cambio si el inicio del tratamiento fue intramuros, el principal motivo de finalización fue el abandono voluntario; ambos motivos indican las carencias en materia de drogodependencias en el sistema penitenciario.

A pesar de las limitaciones del contexto y las dificultades que aparecen en el trabajo en prisión en materia de adicciones desde una mirada de género, y como ya se ha indicado en otras ocasiones, en nuestro país existe un porcentaje considerablemente menor de mujeres que de hombre reclusos, realidad que posiciona al colectivo de mujeres presas en desventaja frente al colectivo masculino (Añaños, Fernández y Llopis, 2013); no podemos dejar de resaltar sus avances en la oferta de recursos específicos para el colectivo de mujeres, que facilitan su re-inserción, teniendo en cuenta el enfoque de género, los describimos brevemente, pero con mayor claridad a continuación, a pesar de haber sido enumerados en apartado anterior del presente trabajo:

- Módulo de Madres/Unidades de Madres (UM): nos referimos a

estructuras y espacios separados arquitectónicamente, los cuales en la actualidad tienden a desaparecer, existiendo hasta el 2010 en casi todos los CP (Art. 38 LOGP). Dentro de este modelo se pusieron en marcha escuelas infantiles intramuros.

- Módulo familiar/mixto (MF): dicho espacio está diseñado para parejas, donde ambos miembros de la misma se encuentra en prisión; si se da el caso y la pareja tiene hijos/as menores de tres años, estos conviven con sus progenitores. Este recurso es único, en nuestro país en Centro Penitenciario de Aranjuez, pretende unificar la unidad familiar reduciendo al máximo la disfuncionalidad familiar.
- Unidades Dependientes de Madres (UDM): nos referimos a un recurso extrapenitenciarios, donde llegan a convivir seis y diez mujeres con sus hijos/as, contando éstos en algunos casos hasta los seis años. Siendo ésta una experiencia pionera en el continente europeo, pretende generar un entorno apropiado para los menores y su socialización durante el tiempo de privación de libertad de la progenitora, al mismo tiempo, este recurso permite la incorporación en programas socioeducativos, reanudando relaciones familiares, socio-laborales y favoreciendo una intervención comunitaria. Las Unidades Dependientes de Madres facilitan la función reeducadora y de reinserción de la institución penitenciaria, teniendo en cuenta las características individuales de la reclusa (Del Pozo, 2010; Del Pozo y Mavrou, 2010). Lamentablemente el número de estas unidades es mínimo.
- Unidades Externas de Madres (UE): Son instalaciones penitenciarias de nueva creación, con una capacidad entre 22-33 celdas-unidades. El objetivo principal recae en que las reclusas permanecen en convivencia con sus hijos/as menores de tres años durante el tiempo de cumplimiento de condena y por supuesto en un entorno diferente a la prisión tradicional y propiciando un ambiente adecuado a los menores. Aún existiendo medidas de seguridad, éstas son menos coercitivas que en otros recursos penitenciarios, pudiendo las madres realizar visitas fuera de intramuros a otros recursos extra-penitenciarios. Al igual que ocurre con la Unidades Dependientes de Madres, este recurso no es generalizado en todas las provincias del territorio español (Añaños, Fernández y Llopis, 2013).

Si bien, muchos de ellos no son adecuados a mujeres con consumo de sustancias, del marco general de la investigación dirigida por la profesora Añaños (Ref. EDU2009-13408) se extrae que en las Unidades Externas de Madres (UE), las Unidades Dependientes de Madres (UDM) y Módulo familiar/Mixto no existen perfiles de Adictas Activas (AA), ya que como requisito para permanecer en dichos recursos se ha de permanecer abstinencia del consumo de drogas, por lo que la oferta para este grupo de mujeres se ha de ampliar en los contextos penitenciarios.

CAPÍTULO 4. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES EN PRISIÓN

El tema de las drogas y las prisiones es importante y de sumo interés para la Unión Europea tal y como se refleja en la Estrategia Europea sobre drogas 2013-2020, ya que muchos de los reclusos y reclusas son consumidores de sustancias psicoactivas, proponiendo en dicha estrategia acciones terapéuticas adecuadas para prevenir y reducir las consecuencias sobre la salud asociadas al consumo de drogas en dicho colectivo (European Union, 2013).

Como aspectos generales, podemos señalar ciertas cuestiones que ya en la última década han quedado patentes y contrastadas por el Observatorio Europeo de las drogas y toxicomanías, siendo éstas las siguientes (OEDT, 2003):

1. La problemática del consumo de drogas es habitual y común en los centros penitenciarios, tal y como señalan algunos de los informes realizados al respecto (EMCDDA, 2012, 2014).
2. Cubrir las diferentes necesidades que se dan en las prisiones en relación a la drogodependencia, y no sólo el tratamiento de la adicción, sino el de los problemas de salud que acontecen a la problemática, tanto física como mental (Turbi y Llopis, en prensa). La prisión debería ser una oportunidad para el inicio de un tratamiento que en numerosas ocasiones anteriores ha finalizado en fracaso; si bien consideramos que la propia prisión puede ser un entorno no adecuado, incluso siendo el contexto para el inicio o el mantenimiento del consumo, por lo que se han habilitado módulos en algunos centros penitenciarios, libres drogas, además de programas específicos al respecto.
3. El tratamiento de la drogodependencia en las prisiones: la búsqueda del equilibrio entre control y asistencia. Es necesario el desarrollo de políticas estratégicas penitenciarias para que, aun manteniendo la seguridad en las prisiones, éstas no perjudiquen el problema que ya acarreó las drogas en la vida en libertad, principalmente en internos/as que su adicción les llevo a la vida intramuros, por lo que los programas específicos de desintoxicación / deshabituación se integren en los objetivos y acciones del medio penitenciario.
4. La prisión presenta un alto potencial de propagación de enfermedades infecciosas. El número de reclusos/as infectados por VIH y virus de la hepatitis C, es mayor en los centros penitenciarios que en la población general, debido

fundamentalmente al consumo de sustancias vía endovenosa y el estilo de vida asociado (Turbi y Llopis, en prensa). Esta prevalencia, como ya se ha señalado, está en relación directa con la problemática de drogas y su vía de consumo, por lo que es una prioridad actuar dentro de la prisión y frenar su propagación dentro y fuera de las prisiones; para ellos se han diseñado diferentes programas, entre ellos los programas de intercambio de jeringuillas, PIJ (Ferrer-Castro et al., 2012).

5. Necesidad de destinar los recursos apropiados para ofrecer a los reclusos/as consumidores de drogas una asistencia equivalente a la ofertada fuera de los centros penitenciarios. A pesar de existir un consenso de todas las administraciones en que los internos/as han de ser tratados por su adicción, no todas las prisiones ofrecen los mismos recursos ni modalidades de tratamiento. Las modalidades más extendidas han sido los programas de deshabituación, sin drogas, si bien cada vez se extiende el tratamiento con sustitutivos (Marco et al., 2013).

6. La rehabilitación es primordial. Tras la finalización o durante el tratamiento de desintoxicación/deshabituación es necesario otro tipo de intervención psicoterapéutica/socioeducativa y de apoyo social, con el fin de favorecer la reinserción y preparación a la vida en libertad, pues de no darse éstos, el esfuerzo empleado no obtendría sus beneficios finales (Añaños- Bedriñana y Yagüe, 2013; Del Pozo, Jiménez y Turbi, 2013).

Con este panorama general europeo, y no muy distante al del territorio español, consideramos centrándonos ya en nuestro país que la institución penitenciaria, y el equipo de profesionales como tal, tienen una doble función que puede entrar en contradicción, así, por un lado es el responsable de mantener el orden y la seguridad en su interior así como de los propios internos/as, y a su vez desarrollar programas de tratamiento con el fin de favorecer la reinserción (García-Vita y Melendro, 2013; Redondo, 2004; Redondo, Pozuelo y Ruiz, 2007). Y además teniendo en cuenta el colectivo de reclusos/as drogodependientes, el sistema penitenciario tiene que dar respuesta a dicha problemática no sólo con programas socioeducativos, sino, con otros programas específicos de deshabituación y/o desintoxicación de drogodependencias (Del Pozo, Jiménez y Turbi, 2013; DGPNSD, 2013; SGIP, 2015f), ya que el contexto penitenciario es

una oportunidad para la puesta en marcha de tratamientos de este tipo (Casares-López et. al., 2012). Y apuntando a Juan Romero, en su memoria, compañero y amigo, una de las problemáticas que nos encontramos con los presos/as adictos es manejar la abstinencia y por consiguiente el éxito terapéutico, y nuestro trabajo con este colectivo es, en sus palabras textuales *“como una partida de tenis, que no se acaba hasta el último tanto del último juego del último set”* (Romero-Rodríguez, 2006, p. 46).

No son menos importantes las aportaciones de la bioética en este contexto tan delicado y contradictorio en ocasiones, por la conjunción de la ley penal, derechos y libertades, por lo que la implementación y desarrollo de cualquier programa de desintoxicación/deshabitación ha de tener en consideración unos mínimos principios éticos, independientemente de que se lleven a cabo dentro del centro penitenciario o fuera de él. Entre estos principios remarcamos los siguientes (GSMP, 2012):

1. Consideración de los principios bioéticos básicos: a) Principio de no maleficencia, es decir, el no causar mal con la intervención realizada, teniendo en cuenta unas buenas prácticas por parte de los equipos profesionales, valorando riesgos y respetando el principio de precaución; b) Principio de beneficencia: teniendo la obligación moral de actuar en beneficio del otro. Este principio lo desglosamos en dos, el de beneficencia positiva (que aporte beneficios) y el de utilidad (equilibrio entre beneficios e inconvenientes) (Beauchamp y Childress, 1998).
2. Respeto a la voluntariedad del tratamiento de desintoxicación / deshabitación. El no respetar esta voluntariedad nos haría caer en una actitud paternalista, y decidir por el otro, vulnerando derechos y libertades, por lo que por la propia naturaleza del fin del tratamiento, existen argumentos que se posicionan frente a los tratamientos forzados (Mapelli, 1989). Añadimos dando peso a estos argumentos a favor de la voluntariedad, que ésta es necesaria para aumentar la eficacia del tratamiento.

Centrándonos en la legislación española vigente que permite la posibilidad jurídica de intervenir con drogodependientes, cabe señalar dos momentos, antes

del ingreso a prisión y después del ingreso en prisión (DGPNSD, 2006^a; LO 19/1995; LO 1/2015; RD 190/1996):

- **Antes del ingreso en prisión:** la legislación permite en nuestro territorio, el aplicar medidas alternativas a la prisión tal y como marca ley Orgánica 19/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal y su reciente modificación con la ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la anterior Ley citada; con dicha Ley original se introducen en nuestra legislación la posibilidad de aplicar las medidas penales alternativas a la pena privativa de libertad, con la denominación de “Formas sustitutivas de la ejecución de las penas privativas de libertad”. Estas medidas alternativas, en el caso de las personas que han cometido un delito y presentan una drogodependencia, se presentan en diferentes opciones: a) Suspensión especial de la ejecución de la pena y la sumisión a un tratamiento, con las condiciones, entre otras, por la duración de sentencia impuesta, que el delito es causado por la adicción, que se encuentre en tratamiento avalado por centro o profesional acreditado o en su caso que lo inicie y que no se delinca tras la suspensión en el periodo establecido por la ley vigente; b) Medidas de seguridad postdelictuales, cuyo objetivo es evitar el ingreso en el centro penitenciario de personas con problemas de drogodependencia, los cuales han cometido el delito bajo los efectos de la sustancia de abuso: intoxicación, síndrome de abstinencia o se han visto mermadas sus capacidades volitivas; las medidas transcurren desde tratamiento residencial hasta ambulatorio; c) Otras alternativas a la pena privativa de libertad dependiendo de la gravedad del delito; y d) Las personas que hayan cometido un delito y que padezcan problemas de drogodependencia podrían solicitar un indulto.

- **Después del ingreso en prisión:** Teniendo en cuenta el R.D. 190/1996, de 9 de febrero, del Reglamento Penitenciario, se contempla la posibilidad de ofrecer tratamiento a internos/as que se encuentren en centros penitenciarios, en entidades/recursos extrapenitenciarios-comunitarios tras el ingreso de la persona drogodependiente en prisión: a) tratamiento ambulatorio fuera de prisión con salidas diarias de los reclusos/as, por supuesto que estos han de reunir ciertos requisitos como son la baja peligrosidad social y sin riesgo de quebrantamiento de condena; b) tratamiento residencial en centros de deshabituación indistintamente

sea gestionado por entidad pública o privada. Esta medida es exclusiva para los internos/as clasificados en tercer grado, con el compromiso y consentimiento de cumplir con las exigencias del centro de tratamiento y por supuesto con la previa aprobación de la institución penitenciaria; c) El Reglamento Penitenciario recoge la posibilidad de, tras la concesión de permisos, que el interno/a inicie contacto y tratamiento en dispositivos extrapenitenciarios específicos para el tratamiento de la adicción; d) Del mismo modo el recluso/a con problemas de drogodependencia puede participar en acciones psicoterapéuticas externas en condiciones de régimen abierto; e) La legislación recoge la opción de conceder la libertad condicional condicionada a seguir un tratamiento socio-sanitario, si el penado se encuentra en tercer grado y haya cumplido las tres cuartas y tanto su perfil y pronóstico sea favorable y f) Posibilidad de adelantar la libertad condicional con propuesta de la Junta de tratamiento, siempre y cuando se haya cumplido la mitad de la condena y se someta a programa de desintoxicación/deshabitación.

Hemos de señalar que, a pesar de que la legislación nos muestre la posibilidad de poner en marcha las alternativas antes citadas, existen dificultades para la implementación de las mismas (DGPNSD, 2006a): entre ellas resaltamos la impuesta por la propia legislación penal, y las constantes modificaciones de la misma, junto a que la prisión es la primera opción recogida, la dificultad de realizar un seguimiento de las medidas alternativas a la prisión, la necesaria coordinación entre los agentes jurídicos y los equipos profesionales de dispositivos socio-sanitarios, siendo esta insuficiente, y por último y no menos importante, el propiciar y dotar de mayor información/formación en materia de drogodependencias a los jueces.

Sin desmerecer este marco jurídico-penal, no podemos dejar de nombrar la contribución de la Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016 y su Plan de Acción sobre drogas 2013-2016, donde se indican directrices para/con el trabajo de presos/as con problemas de drogas (DGPNSD, 2009; DGPNSD, 2013); al igual que otras propuestas que sirven de guía a la Institución Penitenciaria, entre las que destacamos las siguientes (UNAD, 2008):

- 1.- Abordaje integral de la problemática de las drogodependencias, considerando todos los aspectos de la persona, incluida la mejora de la asistencia legal.

- 2.- Consideración y atención especial a las situaciones familiares de cada interno/a, manteniendo en la medida de lo posible los vínculos.
- 3.- Incidir en aspectos formativos debido a la alta tasa de fracaso educativo con la consecuencia de aumentar la exclusión social.
- 4.- Favorecer la incorporación/reinserción al mundo laboral.
- 5.- Fomentar las alternativas a la prisión al igual que potenciar la concesión de permisos, salidas terapéuticas y otras opciones especiales de cumplimiento.
- 6.- Reforzar los tratamientos específicos de drogodependencias con atención a las enfermedades asociadas, tanto físicas como mentales, asociadas al consumo, mediante, entre otras medidas, una buena educación para la salud; al igual que la incorporación de estrategias específicas a grupos más vulnerables como son las mujeres reclusas.

Tras esta contextualización, a continuación pasamos a describir los programas de tratamiento en adicciones más significativos en nuestro sistema penitenciario.

4.1. Revisión de programas de tratamientos de adicciones en el sistema penitenciario español

Para comprender mejor la diversidad de programas y su implementación y desarrollo, hemos de hacer alusión al órgano colegiado responsable de los mismos, el Grupo de Atención a Drogodependientes (GAD); en la composición de dicho grupo están representados todos y cada uno de los departamentos del centro penitenciario, al igual que otras entidades intervinientes en los programas de tratamiento de drogodependencias. Los GAD están presentes en cada uno de los centros penitenciarios, compuestos por profesionales tanto del propio centro como de otras entidades incluidas ONGs, que configuran equipos multidisciplinares; la función de éstos grupos se basan en el diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones, las cuales se realizan conjuntamente con el equipo sanitario coordinadas por una Comisión GAD, la cual establece las relaciones institucionales y con ONGs (DGPNSD, 2006a).

El listado de las acciones/intervenciones tanto socioeducativas como terapéuticas en materia de drogodependencias en centros penitenciarios de

España son las siguientes (DGPNSD, 2006a; SGIP, 2015f):

- Programas de prevención y educación en salud. Mediación en salud.
- Programas orientados a la abstinencia:
 - Desintoxicación.
 - Deshabitación.
 - Otros.
- Programas de reducción de daños y riesgos.
 - Programas de mantenimiento con metadona
 - Programas de intercambio de jeringuillas
- Otros programas
 - Programas de acogida y motivación al tratamiento
 - Programas de carácter lúdico o recreativo
 - Programas de preparación para la vida en libertad; Reinserción social

4.1.1. Programas de Prevención y Educación para la Salud. Mediación en Salud

Estos programas son llevados a cabo por equipos multidisciplinares, formados tanto por personal de la propia institución como por personal de entidades externas. Los objetivos marcados en este tipo de acciones son los siguientes (DGPNSD, 2006a; SGIP, 2015f):

- Informar sobre la temática de las drogodependencias, sustancias, efectos, consecuencias...
- Reducir el consumo.
- Reducir conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas y sus vías de consumo.
- Educar para la salud.
- Modificar actitudes positivas relacionadas con el consumo.
- Dotar de recursos, habilidades y estrategias de afrontamiento necesarias para resolver de forma adecuada situaciones de riesgo e incitación hacia el consumo.
- Mejorar la competencia psicológica y social.

La metodología utilizada en dichas acciones es variada, desarrollada tanto con acciones grupales, individuales o con la elaboración de cartelería y otros medios de difusión.

En cuanto al número de participantes, a lo largo del año 2014 participaron 12.529 internos/as en prisiones españolas en este tipo de actividades.

En relación al programa **Mediación en Salud**, éste consiste en la formación de mediadores en salud educando entre iguales; se basa en la estrategia “Bola de Nieve” desarrollada por la organización belga Modus Vivendi desde 1988, la cual consiste en ser agentes de salud con grupos específicos, como pueden ser los consumidores de sustancias, actuando como informadores directos en materia de prevención de las drogodependencias. (DGPNSD, 2006a; García-Lalinde et al., 2004; García-Lalinde, Gutierrez y Morante, 2004). Dicho programa consta de varias fases que brevemente resumimos a continuación: Fase 1: se constituye un equipo de mediadores formado por profesionales de tratamiento pertenecientes a la prisión y otros a entidades externas. Fase 2: formación de dicho equipo con la consiguiente elaboración del proyecto de educación para la salud a implementar y desarrollar. Fase 3: el mismo equipo de mediadores selecciona a los internos/as para que estos se capaciten como agentes de salud. Fase 4: ambos equipos diseñan las actividades pertinentes del proyecto, las cuales se adaptaran a cada centro penitenciario y serán llevadas a cabo por los agentes. Fase 5: apoyo, soporte, motivación por parte del equipo de mediadores hacia los agentes de salud mientras dure su intervención y Fase 6: evaluación de la acción, tanto del desarrollo como de los resultados (DGPNSD, 2006a).

4.1.2. Programas orientados a la abstinencia

Dentro de este grupo, incluimos los programas libres de drogas, cuyo objetivo es la consecución y el mantenimiento de la abstinencia del consumo. Dentro de los centros penitenciarios, éstos se pueden desarrollar en diferentes modalidades (DGPNSD, 2006a; SGIP, 2015f):

- **Modalidad Ambulatoria/Centro de día:** la ambulatoria se refiere a la atención individual y/o grupal dentro de cada galería o módulo; en la

modalidad de Centro de Día, las acciones se llevan a cabo en dependencias centralizadas adecuadas para la intervención donde pueden acudir internos/as de diferentes módulos, regresando al mismo tras la intervención. Durante el año 2014 recibieron tratamiento de deshabituación en una u otra modalidad 9.262 internos/as con problema de drogodependencia. En el mes de diciembre de dicho año, de forma diaria recibían tratamiento 4.310 internos/as en una alguna de estas modalidades (SGIP, 2015f).

- **Modalidad en Módulo Terapéutico:** dicha modalidad se refiere a aquella en la que el centro penitenciario destina un módulo completo, independiente del resto, a alojar internos y/o internas que se encuentran realizando el programa de deshabituación; el equipo profesional está formado por profesionales tanto intra como extrapenitenciarios. En este módulo la acción terapéutica se intensifica, trabajando todos los ámbitos de la persona, fundamentalmente con técnicas motivacionales, motivando al cambio, con el fin de favorecer la reinserción socio-laboral y orientando a la participación en acciones terapéuticas y socioeducativas extrapenitenciarias (DGPNSD, 2006a; Miller y Rollnick, 1999; Prochaska y DiClemente, 1982; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1994; SGIP, 2015f; Turbi, 2008, 2010). A su vez, los módulos terapéuticos, en nuestro sistema penitenciario los podemos diferenciar, según el equipo de trabajo y la población interna en: a) UTE. Unidad Terapéutica y Educativa, donde se llevan a cabo grupos terapéuticos dirigidos y coordinados por el equipo multidisciplinar de IIPP; a lo largo del año 2014 se intervino en esta modalidad con 4.805 internos/as; b) Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria. Módulo Terapéutico para internos/as con problemas de drogodependencias, el cual es regido por el artículo 115 del Reglamento Penitenciario, poseyendo una Junta de Tratamiento propia y específica. 557 internos/as durante el 2014 se beneficiaron de dicha modalidad; c) Módulo Terapéutico de Drogodependientes. Módulo Terapéutico en régimen ordinario para drogodependientes, donde se atendieron en 2014 a 1.232 reclusos/as y d) Módulo Terapéutico Mixto. En dichos módulos conviven tanto internos como internas, con problemas de adicciones como con otras patologías

/otras enfermedades mentales, discapacidad), o con ausencia de las mismas. 312 fueron los reclusos/as atendidos de este modo en el año 2014. Durante 2014, distribuidos en 39 centros penitenciarios a lo largo de la geografía española (todos las prisiones no disponen de algunos de estos recursos) han recibido tratamiento de deshabituación en alguna de estas modalidades en módulo terapéutico 6.906 internos/as (SGIP, 2015f).

Como es de esperar, en el medio penitenciario, los beneficios de poder participar en los programas de deshabituación, requieren de unos requisitos que ha de cumplir el interno/a; estos son los criterios de admisión para dichos programas: el propio interno/a a de solicitar la participación en el programa; debe tener historial clínico de drogodependencia y no dilata en el tiempo junto a no padecer patología grave que le impida participar en el programa. Si se cumplen dichos requisitos, se incorpora al tratamiento en alguna de las modalidades descritas anteriormente, iniciando el mismo en alguna de las fases siguientes (SGIP, 2015f):

1.- **Desintoxicación:** fase con intervención médica con el objetivo de conseguir la abstinencia de la sustancia sin la aparición de los síntomas propios del síndrome de abstinencia. Durante 2014 participaron en programas de desintoxicación pautada 1.171 internos/as drogodependientes.

2.- **Deshabituación:** desde un modelo biopsicosocial, se interviene con el interno/a desde los diferentes ámbitos de la persona, psicológico, socio-familiar, formativo-laboral..., propiciando el mantenimiento de la abstinencia, siendo fundamental en esta fase el trabajo de prevención de recaídas (Marlatt, 1985; Turbi 2010). Esta fase es apoyada por la farmacoterapia, principalmente con Naltrexona, Metadona y otra medicación psiquiátrica apropiada.

3.- **Inserción social:** fase última del proceso donde una vez mantenida y consolidada la abstinencia, aún manteniendo el trabajo de prevención de recaídas, se prima con el interno/a, su inserción laboral desde diferentes esferas de su vida facilitando el contacto con recursos comunitarios externos a la prisión y la vinculación familiar y otros apoyos sociales; se prepara al recluso/a para la salida del centro y a la vida en libertad. Son importantes dos áreas básicas de trabajo, la autonomía y la participación para que de esta forma se produzca una reinserción efectiva. Entre los numerosos talleres ofrecidos para dicho fin, es fundamental

señalar la importancia de salidas y permisos programados, iniciando un contacto con la comunidad, mediante la asistencia a tratamiento extrapenitenciario, participación en recursos comunitarios que favorezcan la normalización y resocialización y por supuesto la clasificación en tercer grado del recluso/a ya que esto permitirá la posibilidad de derivar al interno/a social a la incorporación en dispositivos/recursos asistenciales extrapenitenciarios especializados en drogodependencias, que la continuación del tratamiento fuera de la prisión es esencial para una efectiva recuperación, para esto es necesario que desde la propia institución se contacte y coordine con las entidades comunitarias necesarias. Durante 2014 un total de 4.783 internos/as (en libertad condicional o en tercer grado) se derivaron a centros comunitarios especializados para la continuación del tratamiento para continuar el tratamiento (SGIP, 2015f).

Tal y como informa la Memoria 2014, de Programas de Intervención con Drogodependientes en Centros Penitenciarios (SGIP, 2015f), un total de 16.168 internos/as drogodependientes han recibido tratamiento de en cualquiera de las modalidades descritas anteriormente durante 2014.

4.1.3. Programas de reducción de daños y riesgos

Los denominados Programas de Reducción de Daños y Riesgos consisten en medidas socio-sanitarias, realizadas tanto de forma individual como colectiva, con la intención de minimizar los efectos negativos, tanto físicos, psíquicos y sociales, consecuencia del consumo de drogas (De Andrés y Delás, 2005; O'Hare et al., 1995). Surgen de una filosofía de trabajo diferente a los programas libres de drogas con el objetivo de la abstinencia, ya que no todos los consumidores quieren o pueden abandonar dicho consumo, por lo que la finalidad es aportar mayor calidad de vida a este grupo de drogodependientes, y concretando aún más, a los usuarios de drogas vía parental e infectados por VIH. Los objetivos principales de dichos programas son los siguientes (DGPNSD, 2006a; García-Martínez y Sánchez-Lázaro, 2003):

- Atender un mayor número de usuarios, los cuales no se incluían en los programas libres de drogas.
- Mejorar el estado de salud de los mismos/as y facilitar el acceso a otros

recursos sanitarios.

- Minimizar los riesgos y daños consecuencia de las drogas y de sus vías de consumo.

España es el país europeo con mayor implicación, desarrollo y el único que aplica de forma sistemática, este tipo de programas en las prisiones tal y como reconoce el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (DGPNSD, 2006a).

A continuación detallamos las dos modalidades de dichos programas que se realizan en los Centros penitenciarios en nuestro país.

Programas de mantenimiento con metadona.

Dichos programas se basan en la sustitución del opiáceo, sustancia de abuso, normalmente la heroína, por otro opiáceo de curso legal, prescrito por un facultativo y bajo su control médico, durante un tiempo más o menos prolongado. El medicamento más utilizado en el tratamiento de dependencia a opiáceos y con eficacia demostrada ha sido la metadona. Estos tratamientos con metadona son uno de los programas más efectivos de intervención en la reducción de riesgos y de daños en el contexto penitenciario (Sees et al., 2000), ya que disminuye el consumo de opiáceos y de otras drogas ilegales, se evita la vía endovenosa por lo que se reducen riesgos de infección de VIH y VHC, su mortalidad asociada (Marco et al., 2012; Roncero et al., 2008), al igual que el riesgo de sobredosis, junto a mejoras sustanciales en el estado físico y mental, mejoras en la adaptación familiar/laboral al igual que desciende la conflictividad y delictividad (Arroyo et al., 2000). Con la administración de dosis eficaces, vía oral, se elimina los síntomas de síndrome de abstinencia a opiáceos, el deseo de consumo (craving), y la búsqueda de la sustancias, es decir reducimos al máximo la posibilidad de recaídas (Álvaro y Vegue, 2000; DGPNSD, 2006a; SGIP, 2005f).

La inclusión a dichos programas se encuentra regulada por la legislación, y el criterio es el diagnóstico de dependencia a opiáceos, dicha inclusión o permanencia es independiente al momento procesal del interno/a; éstos/as deben estar informados de las características del tratamiento, de la finalidad y de sus riesgos y posibles consecuencias, prestando su “consentimiento informado”. La

expulsión del programa vendrá dada únicamente porque la permanencia en el mismo sea perjudicial para el recluso/a.

Los programas de mantenimiento con metadona se apoyan con intervenciones psicosociales tal y como señala la Circular 17/2005 sobre “Programas de intervención en materia de drogas en Instituciones Penitenciarias”, resaltando la importancia de prestar atención al interno/a usuario del programa, prestándole una intervención que vaya mas allá de la mera dispensación de metadona, de este programa psicosocial, el recluso/a podría ser expulsado dependiendo de su evolución en el mismo; las actividades previstas en estas intervenciones se incluyen en las siguientes áreas objeto de atención (DGPNSD, 2006a):

- Área Motivacional.
- Área de Educación Para la Salud.
- Área de Apoyo Psicológico.
- Área de Consumo/Drogas.
- Área Formativo-Ocupacional.
- Área de Prevención de Recaídas.
- Área Social y Comunitaria.
- Área de Ocio y Tiempo Libre.

Se han tratado mediante Programas de Mantenimiento de Metadona, a lo largo año 2014 han 9.776 internos/as en centros penitenciarios de nuestro territorio. El 80% de atendidos/as, recibieron únicamente el fármaco, interviniendo de forma básica en reducción de riesgos y de daños, mientras que el 20% restante participó también en las acciones de apoyo psicosocial, preparando su salida y libertad (SGIP, 2015f).

No queremos pasar por alto, las nuevas tendencias en tratamiento sustitutivos de opiáceos, dentro de los Programas de Reducción de Riesgos y Daños, nos referimos principalmente a los tratamientos con Buprenorfina. Durante mucho tiempo ha sido la metadona la única opción en tratamiento de mantenimiento, si bien, se han estudiado otros, como la morfina de liberación retardada, el levo-alfa acetilmetadol (LAAM), y principalmente la buprenorfina (Kreek, Laforge y Butelman, 2002; Roncero y Casas, 2005; Roncero et al., 2008).

La buprenorfina es un opiáceo semisintético, derivado de la tebaína, que fue sintetizada por primera vez en 1968, con el objetivo de paliar el dolor; posteriormente se inician los estudios de este fármaco en el tratamiento de mantenimiento e opiáceos, con eficacia contrastada en estudios clínicos, (Marco et al., 2013; Mattick et al., 2004, Roncero et al., 2008). En relación a la metadona, se ha demostrado que tiene una misma efectividad clínica, administrada a dosis adecuadas, presentando un mayor seguridad respecto al abuso y posibilidad de sobredosis, si bien todavía no se han descrito criterios definitivos de cuando utilizar un fármaco u otro (Gerra et al., 2006; Roncero et al., 2008).

Otra nuevas modalidades de tratamiento en relación a la buprenorfina son los TAO, tratamientos con agonistas opiáceos, que junto a una intervención psicosocial son una opción de tratamiento y prevención de recaídas de los dependientes a opiáceos. Los TAO se basan en el uso de la buprenorfina/naloxona, lo que permite disminuir el potencial de abuso del fármaco agonista y sin mermar otros beneficios que presentan otros tratamientos de mantenimiento con metadona o sólo buprenorfina, como la disminución de morbilidad, disminución de riesgo de contagio por VIH, la mejora de vida y retención al tratamiento (Marco et al., 2013; Roncero et al., 2008; Soyka et al., 2011; Volkow, Fowler y Wang, 2004).

En colación a este tipo de programas con buprenorfina o TAO y población reclusa, hay diversos estudios que concluyen que los pacientes que durante su vida en prisión que recibieron tratamiento con buprenorfina, continuaron más tiempo dicho tratamiento después de la excarcelación en comparación con los tratados con metadona únicamente, si bien en prisiones españolas está todavía restringido, posiblemente por el coste económico, a pesar de ser financiados por la seguridad social y disponibles para la población en libertad (Brugal, 2012; Lee, et al., 2012; Marco et al., 2013).

Programas de intercambio de jeringuillas (PIJ's).

Los PIJS's, Programas de intercambio de jeringuillas, dentro de los programas de reducción de daños y riesgos, de corte socio sanitario, tienen como objetivo velar por la salud de los consumidores de drogas que utilizan la vía endovenosa por inyección, reduciendo los riesgos y daños asociados a este tipo de

vía de consumo evitando los riesgos de contagio vía parenteral de enfermedades como el VIH, VHC y VHB por el uso compartido de las jeringuillas (Barrios, 2003; DGPNSD, 2006a; Ferrer-Castro et al., 2012; Marco et al., 2012; Orsi, y Brochu, 2009; Romero-Vallecillos et al., 2005; SGIP, 2015f; Stark, Herrmann, Ehrhardt y Bienzle, 2006).

Para hablar del origen de estos programas en prisión, nos remontamos a la década de los 90, en Suiza, si bien fuera del contexto penitenciario se iniciaron en los años 80 en Holanda, Australia y Reino Unido (Romero-Vallecillos et al., 2005), dándose las primeras experiencias tanto en prisiones de hombres como de mujeres, obteniendo como primeros resultados la memoria en salud de los internos/as; dichos programas se extienden a Alemania, en una prisión femenina en 1996, extendiéndose en los años siguientes por otras prisiones del país (Barrios, 2003; Stöver, 2000). En nuestro país es en 1997 cuando la Administración Penitenciaria, aceptando los beneficios de este modelo de intervención, pone en marcha como programa piloto el primer PIJ, en el centro penitenciario, reconociendo la eficacia que este tipo de programas de Basauri (Bilbao), con resultados favorables, a partir de dicha experiencia se produce la expansión por otras prisiones del territorio español, apoyada por los buenos resultados obtenidos y por la comunidad científica (Barrios, 2003; DGPNSD, 2006a; Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 2000; SGIP, 2015f).

En cuanto a los resultados positivos obtenidos en el medio penitenciario, desde la implementación de este tipo de programas resaltamos los siguientes: a) descenso de forma vertiginosa el compartir jeringuillas; b) se estabiliza con tendencia al descenso el consumo de sustancias; c) en la mayoría de los centros penitenciarios no se dan seroconversiones de VIH, VHC y/o VHB; d) los usuarios de los PIJ son derivados a otros programas específicos de drogodependencias y e) no se registran uso violento de las agujas repartidas por el programa (Dolan, Rutter y Wodak, 2003; García-Villanueva, 2002; Romero-Vallecillos et al., 2005).

En nuestros centros penitenciarios, se contemplan diversos objetivos específicos a conseguir por los PIJ, encaminados principalmente a la prevención y reducción de la propagación de enfermedades transmitidas por el compartir

jeringuillas (VIH, VHC y VHB), así como facilitar al usuario del programa el acceso a otros servicios socio-sanitarios y la incorporación a programas de deshabituación o de mantenimiento con metadona. El acceso al recurso es libre y por supuesto confidencial, salvaguardando el anonimato, ya que el consumo de drogas en el centro penitenciario es ilícito, con ciertas restricciones de control, propias de un centro de reclusión salvaguardando la seguridad; el reparto de jeringuillas se desarrolla con personal cualificado, y no por máquinas expendedoras, con el fin de contactar con el interno/a para informar y motivar a una posible incorporación a otros programas especializados en drogodependencias disponibles en la prisión. Como dato reciente resaltamos que durante el año 2014, en 22 prisiones se distribuyeron 4.393 jeringuillas. A pesar de no estar implementado en todos los centros penitenciarios, el total de las prisiones españolas están dotadas de las condiciones tanto técnicas como legales para implementar los PIJ en el caso de detectar internos/as usuarios de drogas por vía parenteral (DGPNSD, 2006a; SGIP, 2015f).

Para dar por finalizado el presente apartado, haremos referencia a una acción dentro de los programas de reducción de riesgos y daños, que es la distribución de papel de aluminio; por un lado, se debe dicha intervención al cambio de la vía de consumo de ciertas sustancias, principalmente la heroína, de pasar de fundamentalmente, inyectarse a consumirse de forma fumada, en forma de “chinos”, con el fin de propiciar un cambio de vía con menores consecuencias para la salud (SGIP, 2015f).

4.1.4. Otros programas

No podemos concluir este apartado sin enumerar escuetamente otros programas complementarios y de apoyo, pero no menos importantes a los anteriormente descritos, llevados a cabo en los centros penitenciarios de nuestro país, destinados a la población reclusa drogodependiente, siendo los siguientes (DGPNSD, 2006a; SGIP, 2015f):

- *Prevención de sobredosis*: aún con el control de entrada de sustancias en la prisión y los programas destinados a la desintoxicación/deshabituación y

de reducción de riesgos y daños, los reclusos/as presentan consumos de sustancias, alguna de ellas, como la heroína, disminuyendo en breve espacio de tiempo la tolerancia, o por la combinación de varias sustancias potenciando sus efectos, por lo que hay gran riesgo de sobredosis. En septiembre de 2014 entró en vigor la Instrucción 10/2014, teniendo como objetivo evitar las sobredosis por consumo de sustancias, tanto en internos/as como en excarcelados/as por disfrutar de permiso de salida o libertad, y de igual modo evitar el fallecimiento. En dicha instrucción se señalan diversas actuaciones: la prevención de la sobredosis, actuaciones inmediatas ante una sobredosis en el centro penitenciario, actuaciones posteriores ante una sobredosis en el centro penitenciario y un seguimiento periódico. Como dato indicamos que se detectaron 132 sobredosis durante el último trimestre de 2014 en las prisiones españolas (SGIP, 2014b, 2015f).

- *Programas de acogida y motivación:* llevados a cabo por profesionales de la sección de tratamiento, con el fin de realizar una evaluación del interno/a para realizar la clasificación de grado adecuada y confeccionar el Programa Individualizado de Tratamiento (PIT), proponiendo las acciones tanto educativas, formativas y terapéuticas adecuadas al recluso/a, con todo, para el inicio de dichas intervenciones es necesaria la voluntariedad del interno/a.
- *Programas de carácter lúdico y recreativo:* Dichas actividades en relación a los reclusos/as con problemas de drogodependencias surgen como apoyo al tratamiento terapéutico.
- *Programa de actividades socioculturales:* incluidos aquí tanto los de creación cultural, difusión de la misma y formación y motivación a la participación en actividades relacionadas.
- *Programa de actividades deportivas:* tanto de carácter recreativo, como de competición, formativo (educación deportiva) y/o motivación a la participación en este tipo de actividades.
- *Programas de preparación para la vida en libertad:* tras el ingreso en

prisión y el aislamiento que conlleva, es inevitable que se de una quiebra de vínculos y relaciones familiares/sociales, por lo que es necesario para la futura reinserción y adaptación a la vida en libertad del interno/a, con problemática de consumo de drogas, facilitarle la reincorporación a la comunidad, con la inclusión a recursos externos de una forma progresiva y coordinada, mediante la programación de salidas terapéuticas, y en la medida de lo posible asegurando la continuidad de los tratamientos en centros especializados extrapenitenciarios.

4.1.4.1 Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria y la Unidad Terapéutica y Educativa del Centro Penitenciario de Villabona

Hemos querido hacer una pequeña referencia a estos dos tipos de centros desarrollados en diferentes prisiones, debido a su particularidad, siendo pioneros en el panorama penitenciario español en materia de tratamientos a internos/as con problemas de drogodependencia.

Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria, CTI (DGIP, 2006).

Dicha Comunidad Intrapenitenciaria se encuentra ubicada, (existiendo en la actualidad), en el Módulo 1 de la Unidad de Cumplimiento del Establecimiento Penitenciario de Valencia, como recurso especializado en materia de drogodependencias orientado a la deshabituación y mantenimiento de la abstinencia; fue constituida en Septiembre de 2002.

Como particularidad resaltamos que dicha Comunidad contempla la incorporación de mujeres considerando la perspectiva de género.

Dicho programa se plantea unos objetivos generales para alcanzar el fin último que consiste en la deshabituación de la conducta adictiva favoreciendo el cambio de estilo de vida alejado del consumo y de la delictividad, es decir la reinserción social del recluso/a. Para la consecución de dicha finalidad las intervenciones del Programa están divididas en dos fases:

- **Fase de Motivación:** dicha fase es previa al ingreso al Programa de Comunidad Penitenciaria propiamente dicha; los beneficiarios/as de dicha

fase, se encuentran repartidos por los diferentes módulos del centro penitenciario que tras Los internos incluidos en esta fase solicitan mediante instancia al incorporación que tras la verificación del cumplimiento de criterios de inclusión, son valorados e informados del programa por el equipo profesional responsable de la intervención. Como objetivos generales de dicha fase están planteados los siguientes: a) conseguir la adhesión al tratamiento y b) propiciar la toma de decisión hacia el cambio en el abandono de la drogodependencia, apoyados por una serie de objetivos específicos. Esta Fase de Motivación finaliza tras la consecuencia por parte del interno/a de los objetivos propuestos o mediante la baja en el Programa o en el Centro, el número de usuarios/as atendidos en el programa es de 20-25. El equipo profesional responsable de la intervención esta compuesto por psicólogos, trabajadores sociales de la entidad gestora del programa (extrapenitenciaria) y un coordinador intrapenitenciario. Tras la consecución de los objetivos y de la propuesta estudiada por parte del equipo técnico profesional, el recluso/a es progresado a la fase de CTI.

- **Fase de Comunidad Terapéutica: Dicha Fase, con capacidad para 50 internos e internas** que cumplan los siguientes criterios de inclusión y tras finalización de la fase de motivación:
 - clasificados en segundo grado penitenciario.
 - que para el cumplimiento de las condenas resten las $\frac{3}{4}$ partes, siendo esta inferior a 5 años y superior a 1.
 - que no haya psicopatología grave que interfiera en la participación y aprovechamiento del Programa.
 - que la delictividad este vinculada con el consumo de drogas.
 - que haya concluido la fase de Motivación o provenga de un programa de deshabitación externo o de otro del Centro Penitenciario.

Con todo, es el Equipo Técnico el último responsable para la admisión o no del interno/a tras evaluación del caso individual, al igual que de efectuar el retroceso a fases previas o de la expulsión del Programa si se incumple la

normativa establecida.

La intervención de la CTI está divididas por 4 Fases: inicial, intermedia, profundización y derivación siendo un objetivo común de las 4, el mantenimiento de la abstinencia, trabajando objetivos en las siguientes áreas:

- Área ocupacional y de empleo.
- Área de Ocio y Tiempo Libre.
- Área de formación.
- Área de diagnóstico y terapia.
- Área de intervención socio-familiar.
- Área de Socio- familiar, trabajando ésta, desde dos focos/niveles: Nivel de intervención social, llevado a cabo en el interior del centro penitenciario con el interno/a de forma individual y/o grupal y Nivel de intervención familiar: realizando la intervención fuera del centro penitenciario con las familias de los reclusos/as.

El equipo responsable de la intervención en CTI está compuesto por psicólogo/a, trabajador/a social, educadores de la entidad gestora externa y coordinadores penitenciarios y terapéuticos, maestro del centro penitenciario y funcionario de prisiones.

La finalización del Programa de Comunidad Terapéutica Penitenciaria, se da cuando el interno/a alcanza los objetivos propuestos y en el caso de que las condiciones penales y penitenciarias lo permitan, el usuario/a es clasificado en tercer grado, con la consiguiente derivación, normalmente teniendo en cuenta el art. 182 del Reglamento Penitenciario (RD 190/1996), mediante el cual el recluso/a es derivado a recursos externos para la continuación de su tratamiento, siendo posible tanto en régimen residencial como ambulatorio.

Unidad Terapéutica y Educativa, UTE, Del Centro Penitenciario de Villabona (DGIP, 2005).

La Unidad Terapéutica y educativa, UTE, ubicada en el centro penitenciario de Villabona nace con el fin último de reeducar y reinserir a los

reclusos privados de libertad, si bien, la realidad del fenómeno de las drogodependencias en el contexto penitenciario, hace que el consumo de drogas, realidad diaria de la vida en prisión sea punto prioritario en la intervención, por lo que en 1994 en el Centro penitenciario de Villabona se habilita un módulo como espacio “libre de drogas”, siendo en Marzo de 1998, un módulo donde se incorporan internas, pasando a ser un módulo mixto de convivencia donde meses más tarde, Julio, se amplía a un segundo módulo, ya denominados Unidades Terapéuticas y Educativas.

Dicho Programase basa en varios ejes principales: a) superar la subcultura carcelaria mediante la cogestión y corresponsabilidad; b) la convivencia, desde la integración de internos/as con problemas de drogodependencias o sin ellos; c) el grupo terapéutico como herramienta de intervención; d) la conciencia del recluso/a de su realidad, limitaciones y potencialidades; e) la creación de un espacio de salud; f) aislamiento de los beneficiarios/as del resto de la población interna con una apertura a la comunidad; g) considerar la reinserción como un valor que se inicia en la vida intramuros; h) considerar la prevención como intervención en la prisión para evitar la desocialización propia de la reclusión e i) la privación de libertad es un tiempo educativo y terapéutico.

Los ingresos al programa se pueden dar tanto desde el momento del encarcelamiento como ya una vez producido, siempre tras un valoración del Equipo Multidisciplinar responsable de la intervención en el Programa, desde el mismo existe la posibilidad de derivación por el art. 182 del Reglamento Penitenciario (RD 190/1996), por el cual, los internos/as que se encuentren clasificados en tercer grado puedan continuar su tratamiento y el cumplimiento de pena en recursos externos.

El equipo responsable profesional esta configurado por un equipo de coordinación, un equipo multidisciplinar formado por profesionales de la institución, incluidos los funcionarios de vigilancia, los cuales adoptaran el rol de tutores; a su vez se contempla la posibilidad de incluir a funcionarios colaboradores.

En relación a los usuarios/as éstos se dividen en grupos dependiendo de su

nivel de concienciación/implicación y/o participación:

- Grupos de apoyo, formado por los internos/as con mayor nivel de conciencia e implicación en su proceso educativo-terapéutico.
- Grupo de representantes, que se configura por aquellos que comienzan a destacar y que posiblemente pasen en breve a formar parte del grupo de apoyo.
- Comisiones de trabajo, configuradas como herramienta de participación/control en las diferentes áreas de intervención.
- Asamblea, como ejemplo de cogestión, a la cual pertenecen la totalidad de internos/as y del equipo multidisciplinar.

Para el desarrollo de la intervención se han considerado diversos instrumentos y acciones: a) el contrato terapéutico; b) el grupo terapéutico; c) la escuela; d) actividades formativo-ocupacionales; e) cursos formativos externo, por lo que son realizados fuera del centro penitenciario; f) actividades culturales, deportivas, de ocio y tiempo libre; g) asistencia sanitaria, incluida la psiquiátrica; h) salidas terapéuticas y participación en campos de trabajo y j) permisos de salidas, como elemento básico para la reinserción.

Como se comentó con anterioridad, uno de los pilares y fundamentos de la Unidad Terapéutica y Educativa es la apertura a la comunidad, contemplada y llevada a cabo de la siguiente forma y actuación:

- Diagnóstico/intervención y contacto con la familia.
- Relación con ONGs, como entidades mediadores entre el centro penitenciario y la comunidad.
- Participación en Jornadas “encuentros con la sociedad”, invitando a entidades que traten facilitando la reflexión y el debate de aspectos con trascendencia para los internos/as, tanto en el presente como para su vida futura en libertad.
- Encuentros con la familia, en Navidad, por las significación de estas fechas en el mantenimiento de lazos y vínculos.
- Relaciones con la universidad, tanto con docentes como alumnos/as de la misma.
- Convenios con universidades, llevándose a cabo encuentros entre

alumnos/as e internos/as por un lado y por otro ofreciendo la posibilidad de investigación en la UTE.

- Encuentros con alumnos/as de enseñanzas secundarias, en el ámbito de prevención, como aportación de los usuarios/as de la UTE a la comunidad.
- Otras relaciones con instituciones y entidades comunitarias.
- Coordinación con organizaciones que colaboran con la UTE, en el ámbito social, institucional y judicial

Desde este modelo se pretende romper con la visión y trabajo tradicional en la prisión, obteniendo mayores efectos y beneficios para la consecución del fin último, la reeducación y reinserción, los cuales se han visto contrastados con la investigación en dicha Unidad, mejorando principalmente las relaciones familiares de los internos/as, en la reducción de la frecuencia e intensidad de consumo (Casares-López et al., 2012), coincidiendo con otras investigaciones internacionales en reclusos, concretamente mujeres en tratamiento intrapenitenciario (Messina et al., 2010; Zlotnick et al., 2009).

CAPÍTULO 5. RECAÍDA Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN CONSUMO DE DROGAS

El tema relacionado con las recaídas en el tratamiento de las adicciones es uno de los que más interés sigue suscitando, ya que sigue siendo uno de los problemas básicos que inciden en el éxito o fracaso de dichos tratamientos (Álamo, López-Muñoz y Cuenca, 2000; Miller et al., 1996), debido a la alta tasa de recaídas que se dan en los tratamientos de las drogodependencias (Luengo, Romero y Gómez-Fraguela, 2001), así, hasta un 80% de los pacientes pueden llegar a recaer durante el primer año (Kreek, LaForge y Butelman, 2002; Roncero et al., 2008). Existe un añadido, que versa sobre la dificultad de definir la recaída y la falta de consenso en dicha definición (Sánchez Hervás y Llorente del Pozo, 2012). Una definición operativa y amplia, ayuda a su medición con la consiguiente implicación en la intervención de las mismas. Podemos entender la recaída como una vuelta a niveles de consumo de sustancias pretratamiento (Warlitzer y Dearing, 2006). Otra de las definiciones aceptadas sobre dicho concepto de recaída es la propuesta por Altman et al., (1996): quienes la entienden como la reanudación y vuelta al consumo de la droga, tras un periodo de abstinencia de la misma.

La medición del proceso de recaída es otra de las dificultades presentes, ya que ésta suele realizarse en un episodio concreto o en un espacio de tiempo definido, recogiendo información sobre la misma, de una forma retrospectiva, es decir mediante entrevistas posteriores, por lo que la información suele ser parcial (Sánchez Hervás y Llorente del Pozo, 2012).

La literatura refleja un consenso en el estudio de los procesos de recaída y su predicción desde un modelo multifactorial-biopsicosocial (Connors y Maisto, 2006).

Dichas recaídas, junto a temporadas de uso no controlado, conllevan a muchos de los pacientes sean incapaces de mantener la abstinencia continuada en el tiempo (Witkiewitz y Marlatt, 2004). Una gran mayoría de las personas que se encuentran realizando un primer tratamiento de deshabituación, no consiguen los resultados esperados, con presencia alta de recaídas, por lo que el éxito de dichos tratamientos no son los óptimos ni deseados, y su vez dichas recaídas y la falta de cumplimiento de objetivos de tratamiento, propician una ausencia de adherencia a

dichos tratamientos junto a un mal pronóstico (Dutra et al., 2008; Sánchez Hervás y Llorente del Pozo, 2012).

De todos modos, tal y como indican Polivy y Herman (2002), la intención de cambio de conducta hacia la consecución de una meta (no sólo hacia el abandono de la conducta adictiva, si no también por ejemplo la de perder peso) conlleva *lapses* que llevan implícita la recaída.

Son varios los factores y otras variables identificadas en el proceso de la recaída que poseen cierto valor predictivo, siendo los más destacados tal y como indican Sánchez Hervás y Llorente del Pozo (2012) los siguientes: la problemática psicosocial, los estados emocionales negativos, la ansiedad, la autoeficacia, la comorbilidad psicopatológica, la severidad adictiva y otras variables relacionadas con el proceso de tratamiento.

Es evidente, que las recaídas en los procesos de deshabituación son altas, aspecto que una inmensa mayoría de los profesionales reconocen, al igual que inciden en la dificultad que entraña, no sólo el abandono de la conducta, sino el poder mantener el estilo de vida que permita la abstinencia (Sánchez Hervás y Llorente del Pozo 2012). Los primeros estudios sobre recaídas se iniciaron en la década de los 70, donde se señala que un gran porcentaje, desde un 35% hasta un 90%, de los pacientes que han mantenido durante un tiempo la abstinencia, presentan posteriormente episodios de recaída (Armor, Polinch y Stambul, 1978; Hunt, Barnett y Branch, 1971; Orford y Edwards, 1977); cifras similares aparecen en estudios ya realizados en la década de los 80 (Maddux y Desmond, 1981; Sánchez-Carbonell, Camí y Brigos, 1988; Vaillant, 1983), si bien dichos estudios presentan dificultades metodológicas y diferencias en el concepto de recaída al igual que en la sustancia de abuso. En las últimas décadas, los estudios han puesto el énfasis no sólo el analizar la tasa de recaídas en relación al tratamiento, tipo de sustancias..., sino también en estudiar las variables que influyen y precipitan un proceso de recaída (Luengo, Romero y Gómez-Fraguela, 2001).

5.1. Conceptos básicos en prevención de recaídas

5.1.1. Recaída: definición y conceptos relacionados

Como punto de partida definiremos la recaída según el modelo clásico de prevención de recaídas de Marlatt (Marlatt y Gordon, 1985), siendo ésta un proceso transitorio, el cual puede seguir o no de la línea base de la conducta objetiva observable, (consumo) antes de iniciar el tratamiento. Esta recaída o consumo tras la abstinencia produce inmediatamente una recompensa, tanto por el efecto placentero que se obtiene como por el alivio temporal del malestar, sea éste afectivo como, físico o se produzcan a la vez, aumentando la probabilidad de que se repita la conducta de recaída (Calvete y Estevez, 2009; Cano, Araque y Cándido, 2011).

A pesar de intentar unificar criterios y definiciones consensuadas, los cambios y evolución de los modelos explicativos del fenómeno de las drogodependencias, en un primer momento explicados desde el modelo médico tradicional, pasando después por el cognitivo-conductual, siendo éste de carácter más cognitivo en la actualidad (Cortés, Giménez-Costa y Vicens, 2006), han hecho que el concepto de recaída haya sufrido cambios y nos encontremos con diferentes formas de entenderla (Cortés y Cantón, 1999).

Al igual que en un primer momento la adicción se entendió desde un modelo médico de enfermedad, la recaída se entendió desde el mismo modelo reduccionista, como evento inevitable, explicado desde las teorías biologicistas, que no dependía de la persona consumidora de drogas y era signo de fracaso en el tratamiento; por suerte esta concepción ha ido evolucionando y modificándose, tanto para el sujeto adicto, teniendo éste un papel activo en el tratamiento y por tanto en el control o no del proceso de recaída. La mayor influencia en este cambio de concepto se debe a las investigaciones centradas en un modelo cognitivo-conductual, pudiendo anticipar dicha recaída, surgiendo el concepto denominado prevención de recaídas (Cortés, Giménez-Costa y Vicens, 2006).

A continuación revisaremos de forma cronológica la evolución del concepto, (ver Tabla 5):

Tabla 5*Evolución del concepto de Recaída.*

AUTORES	AÑO	CONCEPTO
Litman, Stapleton, Oppenheim y Peleg	1983	La recaída se considera: <ul style="list-style-type: none"> - Un consumo discreto iniciando el retorno al consumo de drogas. - Un proceso que traicioneramente lleva al consumo. - Consumir en los mismos niveles que se hacia anteriormente a la recaída. - Un consumo diario. - Sufrir las consecuencias por dicho consumo.
Marlatt y George	1984	La recaída es un fracaso en el tratamiento y por consiguiente en el intento de cambio de conducta.
Marlatt y Gordon	1985	Se diferencia claramente dos conceptos: <ul style="list-style-type: none"> - Caída, (lapso): retroceso en el intento de modificar la conducta a cambiar, sin regresar a la línea base de consumo. - Recaída: retorno al abuso y conducta compulsiva de consumo de la sustancia tras una temporalidad de abstinencia, por lo que se vuelve a un estilo de vida anterior.
Tucker, Vuchinic y Harris	1985	Se diferencia al igual que Marlatt y Gordon los dos conceptos: <ul style="list-style-type: none"> - Caída: consumo puntual que depende de la disponibilidad de la sustancia de abuso. - Recaída: consumo continuado de dicha sustancia con las consiguientes consecuencias positivas/agradables y refuerzo negativo derivado de dicho consumo.
Gorski y Miller	1986	Definen la recaída como un proceso de remisión al trastorno por el consumo de sustancias.
Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson	1986	La recaída es entendida como un proceso trasitorio, que puede llevar o no a la línea base de consumo anterior al inicio de tratamiento, sin connotación pesimista ya que puede ser una oportunidad de cambio positivo y no solo una vuelta a la conducta negativa.
García y Graña	1987	Estos autores definen el concepto de recaída como un retorno a la conducta adictiva anterior junto al estilo de vida presente a un periodo de abstinencia comprendido como mínimo entre 1 y 3 meses.

Daley	1989	Regreso al consumo de sustancias tras la abstinencia, junto a las actitudes y conductas que indican el regreso al consumo salvo que se realice la intervención terapéutica adecuada.
Shiffman	1989	Este autor vuelve a diferenciar dos conceptos: <ul style="list-style-type: none"> - Caída: entendida como un lapso o consumo puntual interrumpiendo la abstinencia. - Recaída: fracaso en el intento de cambio de conducta hacia la abstinencia.
De León	1990-1991	Retorno al uso continuado de drogas tras el periodo de abstinencia, pudiendo darse de tres modos: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Lapse</i>: consumo aislado. - <i>Binges</i>: numerosos consumos en un tiempo concreto. - <i>Relapse</i>: vuelta al consumo y frecuencia del mismo anterior al periodo de abstinencia.
Catalano, Hawkins, Wells y Miller	1990-1991	Es descrito el concepto como un acontecimiento simple de uso de la sustancia tras la abstinencia o como un proceso que se mantiene a lo largo de tiempo.
Chiauzzi	1991	Señala dos conceptos diferenciados: <ul style="list-style-type: none"> - Caída: consumo puntual que no tiene porque repetirse tras el análisis y corrección de factores de riesgo individuales. - Recaída: vuelta a la conducta adictiva junto a pensamientos y sentimientos, tras la abstinencia.
Shiffman	1992	Se define como un proceso de interacción entre la persona adicta y el contexto.
Tejero, Trujols y Casas	1993	La recaída es un proceso, que no tiene por que se irreversible, pero no un consumo puntual.
DeJong	1994	Las recaída no solo es explicable como una reacción fisiológica tras el abandono del consumo, ya que puede darse tras transcurrido un tiempo de la desaparición de síntomas de la dependencia física y del último consumo, tampoco se entiende como una falta de motivación, ya que se puede dar en personas totalmente motivadas hacia el cambio de la conducta adictiva.

Casas	1995	<p>Señala dos conceptos diferenciados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caída: consumo que el paciente se permite para ver si puede seguir abstinente. - Recaída: diferenciando dos tipos: <ul style="list-style-type: none"> a) Recaída normativa: consumo que se da dentro de un contexto o grupo. b) Recaída patológica: consumo que conlleva el abandono de tratamiento.
Graña	1996	La recaída es un continuum entre el desliz y la recaída propiamente dicha, pudiendo tener diferentes manifestaciones: desde la vuelta al estilo de vida anterior, el consumo de sustancias sustitutivas a la principal y de mayormente el regreso al consumo continuado de la sustancia principal.
Miller	1996	Definida como la ruptura de la conducta aceptable volviendo a una conducta inaceptable.
Mayor-Silva	1997	La recaída es un proceso con más o menos duración que comienza tras la decisión de incumplir la decisión de mantener la abstinencia, pudiendo volver al consumo inicial de la sustancia principal u otras sustitutiva.
Solis, Tapia, Gallardo y Gamiochipi	1998	<p>Estos autores señalan tres definiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Episodio en el que se retorna al nivel de consumo previo, (alcohol), tras intentar eliminar o reducir dicho consumo. - Romper regla autoimpuesta. - Aumento de los problemas asociados al consumo de una sustancia.
Fernández-Hermida, Secades, Benavente y Riestra	1999	La recaída se define como el consumo de sustancia ilegal con frecuencia concreta, (tres veces durante un periodo máximo de dos meses)
Miller y Harris	2000	<p>Dos conceptos diferenciados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caída: consumo de alcohol, indiferentemente de la intensidad tras 4 días de abstinencia. - Recaída: consumo fuerte de alcohol (definido este en relación a la cantidad teniendo en cuenta género y peso) tras 4 días de abstinencia

Luengo, Romero, Gómez, Montero y González	2001	La recaída es un índice de consumo problemático de drogas ilegales o alcohol, dando lugar a los problemas asociados al consumo tras recibir alta en programa de tratamiento
Fuentes-Pila, Calatayud, López y Castañeda	2004	Se define el concepto con una situación generadora de conflicto la cual surge tras el consumo continuado de alcohol en los estadios motivacionales de acción o mantenimiento.
Warlitzer y Dearing	2006	Entendida la recaída como una vuelta a niveles de consumo de sustancias pre-tratamiento.
Pereiro, C.	2014	Se entiende la recaída como la vuelta al patrón de conducta previo al cambio; o como un fallo en el logro de las metas propuestas por el individuo durante un periodo de tiempo determinado.

Fuente: Elaboración propia, ampliada a partir de Cortés, Giménez-Costa y Vicens (2006).

5.1.1.1. Efecto de la Violación de la abstinencia (E.V.A.) y otros conceptos relacionados

Este concepto, denominado, Efecto de la Violación de Abstinencia (E.V.A.), ya citado por Marlatt (Marlatt y Gordon, 1985), se refiere a un mecanismo cognitivo que utilizamos para dar explicación a las respuesta y/o reacciones tras la recaída. Principalmente dicho efecto provoca culpa, conflicto, atribuciones de fracaso en el tratamiento y crisis en el proceso de deshabituación, si bien para que esto ocurra, como el propio autor indica, el paciente tenía que estar comprometido con el mantenimiento de la abstinencia (CIJ, 2010; Echeburúa, De Corral y Amor, 2004).

La intensidad de las reacciones provocada por el E.V.A., dependerán fundamentalmente de estos aspectos: a) el grado de compromiso y esfuerzo empleado para conseguir la abstinencia; b) el tiempo en el que se ha mantenido el periodo de abstinencia y c) el valor subjetivo que se le atribuye a la conducta prohibida. A mayor efecto producido por el quebrantamiento del tiempo de abstinencia, es decir del E.V.A., mayor será la probabilidad de la aparición de nuevas recaídas, y cuanto menor sea el efecto de violación, menor será la probabilidad de reaparición de las mismas (CIJ, 2010).

El efecto de violación de la abstinencia, está configurado por dos elementos cognitivos (Echeburúa, De Corral y Amor, 2004):

- a) La *disonancia cognitiva*. La ocurrencia de la conducta adictiva es disonante con la definición cognitiva de uno mismo manteniendo la abstinencia, pudiendo suscitar culpa y conflicto (Festinger, 1964).
- b) Las *atribuciones de causalidad interna*. Los pacientes suelen atribuir la recaída a una incapacidad/debilidad interna por lo que reducen la resistencia a posibles situaciones de riesgo (Jones, Kanouse, Kelley, Nisbett, Valins y Weiner, 1972).

Ambos elementos, conjuntamente, pueden aumentar la probabilidad de la aparición de otras recaídas, dependiendo de si las causas de la recaída son atribuidas a factores de causalidad interna y no controlables, y por el contrario, el E.V.A. será de menor intensidad, si las recaídas son asociadas a factores externos incontrolables, aunque se perciban como manejables y con posibilidad de control; la gravedad de la recaída dependerá de la intensidad de la respuesta emocional asociada al consumo tras la abstinencia (Marlatt y Gordon, 1985).

Es en este punto donde podemos diferenciar otros conceptos relacionados: “**desliz o lapso**”, definiendo éstos como la caída inicial o un episodio aislado de consumo, si bien, éste suele favorecer la transición a una recaída que dependerá de una serie de procesos en los que intervienen diferentes variables; los lapsos además de entenderlos como consumos esporádicos podrían darse como episodios de consumo intenso durante algunos días. La diferencia entre este consumo ocasional y la recaída propiamente dicha, radica en que en el ocasional, la persona puso en marcha estrategias de afrontamiento frente a la situación de consumo con éxito y en la recaída no se pusieron en marcha las estrategias adecuadas; la comisión de un desliz o lapso no conlleva siempre la aparición de recaída (Echeburúa, De Corral y Amor, 2004; Pereiro, 2014), tal y como se ha definido anteriormente, de ahí la importancia de detectar e intervenir en prevención de recaídas en el inicio de la misma, es decir, en identificar los factores que han llevado a un consumo puntual sin regresar todavía a los niveles anteriores, para evitar su repetición y cronificación.

Otros conceptos necesarios para entender los procesos de desliz-recaída

son los siguientes (Pereiro, 2014):

- **Situación de alto riesgo (SAR).** Situaciones que el paciente debe identificar como amenazantes y las cuales aumentan la posibilidad potencial de consumo y por tanto de recaída.
- **Respuesta de afrontamiento.** Estrategias de afrontamiento adecuadas frente a las situaciones de riesgo, las cuales previenen de la recaída. Podemos definirlo también como una “toma de decisiones”, modelo propuesto por Janis y Mann (1977).
- **Autoeficiencia.** Las expectativas de eficacia y percepción de seguridad ante las situaciones de riesgo y su afrontamiento adecuado. Estas expectativas de autoeficacia, tienen una gran peso en el tratamiento y posterior éxito en drogodependencias (Blasco et al., 2008; Llorente e Iraurgi-Castillo, 2008; Martínez-González y Verdejo, 2011).
- **Sistema de creencias.** Las personas presentan una serie de pensamientos automáticos, los cuales provienen de unas creencias centrales, siendo éstas profundas e inflexibles con estabilidad y persistencia en el tiempo, con dificultades de modificación desde la experiencia (Beck, 1991; Beck, 2000; Gómez, 2008; Polo et al., 2011).

En la temática de adicciones, se repiten unas creencias básicas, las relacionadas con el hecho de que sin las sustancias no se puede mantener un equilibrio psicológico/emocional; las que consideran que el consumo de las sustancias mejorará el ámbito social y el funcionamiento intelectual; la sustancia dotará de mayor energía al consumidor; el consumo aliviará el dolor; la sustancia minimizará el aburrimiento, la ansiedad y la depresión y la creencia que salvo el consumo la angustia se mantendrá indefinidamente (Martínez-González y Verdejo, 2011).

A este tipo de creencias, Beck las denominó creencias adictivas (Beck et al., 1999), y según este autor mantienen la adicción, predisponen a la recaída y giran sobre la búsqueda de placer, la resolución de problemas, el alivio y el escape; podríamos clasificar estas ideas en tres grupos: a) anticipatorias, del placer y de la recompensa tras el consumo; b) de alivio de un malestar, tras el consumo y c) permisivas, las cuales facilitan el consumo ya que minimizan las consecuencias del mismo.

Podemos resumir, tal y como aparece en la Figura 3, como la

activación de las creencias pueden conllevar al desliz o lapso, y dependiendo de la actuación, que este consumo ocasional sea la transición a la recaída.

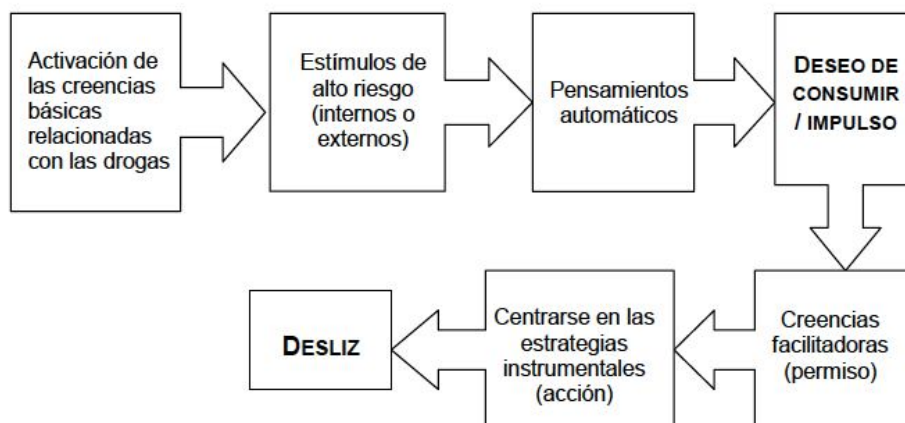


Figura 3. Proceso de aparición de Desliz.

Fuente: CIJ (2010)

5.1.1.2. Factores Predictivos de la Recaída

Diversos estudios indican que las recaídas tienen relación con variables predictoras (Luengo, Romero y Gómez-Fraguela, 2001). Tras la revisión de la literatura señalaremos las siguientes:

Factores Distales

Son estos factores distales de recaída los relacionados con variables del entorno y la persona consumidora, relacionados directamente con la vulnerabilidad y aumentando la probabilidad de aparición de recaída (Sánchez Hervás y Llorente del Pozo 2012).

- **Variables psicosociales:** la falta de apoyo social o emocional se relaciona con la presencia de la recaída, por consiguiente la presencia de dicho apoyo predice la tasa de abstinencia largo plazo (Dobkin, Civita, Paraherakis y Gill, 2001; Garmendia, Alvarado, Montenegro y Pino, 2008). Del mismo modo el contexto donde se desenvuelve la persona adicta, el ambiente favorecedor de consumos, al igual que pertenecer a un grupo de iguales consumidores y su

presión social, aumenta la probabilidad de la aparición de la recaída (Buchanan y Latkin, 2008; Hser, Evans, Huang, Brencht y Li, 2008; Ramo y Brown, 2008).

En este mismo grupo de variables, podemos incluir el funcionamiento psicosocial de la persona; así diversos estudios relacionan que un mejor funcionamiento en este ámbito como por ejemplo estar casado, inserto en el mundo laboral y un nivel medio-alto educativo, está asociado a un mejor pronóstico en el tratamiento con la presencia de un número menor de recaídas (Simpson, Joe y Broome, 2002); del mismo modo que no estar casado y presentar un nivel bajo de estudios favorecen la recaída (Heinz, Wu, Witkiewitz, Eipstein y Preston, 2009). Resultados similares encontraron Fernández-Montalvo y López-Goñi (2010) y Santonja et al., (2010), dándose una menor tasa de retención y adhesión a tratamiento con la consiguiente mayor probabilidad de recaer en el consumo. A su vez, existen estudios que relacionan una serie de variables sociodemográficas, educativas, historial delictivo así como variables relacionadas con el área sociofamiliar y de ocio, con la probabilidad de recaída (Cortés, Giménez-Costa y Vicens, 2006).

Dentro de estas variables, se pueden incluir otro tipo de estresores psicosociales que pueden favorecer la aparición de recaídas (Tate, Brown, Glasner, Unrod y McQuaid, 2006); en este sentido, encontramos entre otros, los antecedentes de maltrato, siendo las mujeres un colectivo vulnerable (Hyman, Paliwal y Sinha, 2007).

Desde esta visión de género, existen estudios que indican que las mujeres son menos proclives a la aparición de recaídas en su proceso que los hombres (Gallop, Crits-Cristoph, Ten-Have, Barber y Frank, 2007; Grella, Scott, Foss y Dennis, 2008); estudios realizados con mujeres con historial jurídico-legal, indican que éstas tenían menos riesgo de recaídas que los hombres (Johnson, Friedmann, Green, Harrington y Taxman, 2011).

- **Comorbilidad psiquiátrica:** existen estudios que indican que la presencia de comorbilidad psiquiátrica, es decir, patología dual, aumenta la probabilidad de recaída (McMahon, 2008; Waldrop, Back, Verduin y Brady, 2007). Otros estudios recientes, presentan las dificultades que

existen en identificar las variables predictores de recaídas en pacientes con presencia de patología dual (Brown, Bennet, Li y Bellack, 2011).

- **Severidad Adictiva:** Diferentes estudios señalan que en la adicción a ciertas sustancias como la cocaína y el alcohol, la severidad adictiva se relaciona con mayor tasa de recaída (Ahmadi et al., 2009; Alterman et al., 2000).
- **Otras variables neurobiológicas:** Últimamente ha aumentado el interés y por tanto la investigación por el estudio de las recaídas y su relación con variables biológicas, fundamentalmente en relación con la cocaína debido al aumento experimentado en su consumo. Tal y como señalan distintos estudios (Volkov et al., 2010), la recaída tiene una relación con irregularidades con el sistema dopaminérgico, dificultades en la corteza prefrontal y otras regiones cerebrales, que guardan relación con el estrés y estímulos condicionados.

Factores Proximales.

Con el concepto de factores proximales, nos referimos a aquellos estudios que guardan relación con los procesos de las cogniciones, los estados de ánimo, las creencias, las experiencias interpersonales y otras variables que se pueden dar antes o después de la recaída (Sánchez Hervás y Llorente del Pozo, 2012). Tal y como indican estos autores señalamos los siguientes:

- **Estados afectivos:** Diversos estudios indican una clara relación entre estados emocionales negativos y la presencia de recaídas (Fernández, Jos, López, Landa y Lorea, 2007; Stultz, Thaseb, Gallop y Crist-Cristoph, 2011). Otros estudios plantean que el uso de sustancias, viene dado por una regulación afectiva, aliviando emociones desagradables, (refuerzo negativo) (Tate, Brown, Unrod y Ramo, 2004), guardando relación directa estos resultados con la llamada hipótesis de la automedicación, la cual indica que la dependencia a sustancias y por tanto su consumo, reduce a corto plazo cierta sintomatología ansiosa, depresiva o psicótica (Khantzian, 1985; SEPD, 2013).

- **Craving y estados de ansiedad relacionados:** El deseo de consumo y los estados ansiosos que conllevan, están íntimamente relacionados con la frecuencia de recaídas tal y como indican diversos estudios (Paliwall, Hymana y Sinha, 2008; Preston et al., 2009; Rohsenow, Martin, Eaton y Monti, 2007).
- **Autoeficacia:** Este concepto ha sido muy estudiado en la problemática de las conductas adictivas, ya que una alta autoeficacia es uno de los mejores predictores de un buen pronóstico en el tratamiento (Sánchez Hervás y Llorente del Pozo, 2012). Por ello que tiene una relación directa con la presencia o no de recaídas, así, mayor autoeficacia menor necesidad de consumo en situaciones que podrían predisponer a una recaída (Dolan, Martin y Rohsenow, 2008).

Otro aspecto a considerar en las variables influyentes en un proceso de recaída es el **tratamiento**. La diversidad de tratamientos a elegir en conductas adictivas y la evolución/adhesión a los mismos, puede ejercer cierta influencia en la aparición o no de recaídas; un tratamiento con menor nivel de intensidad, y una menor asistencia en etapas de seguimiento a dicho tratamiento, presenta una estrecha relación con mayor tasa de recaídas (Hser, Joshi, Naglin y Fletcher, 2004).

Otros factores relacionados con el tratamiento, como la incorporación al mundo laboral (Milby et al., 2004) o la accesibilidad a tratamiento psiquiátrico, previenen la aparición de una recaída (Ray, Weisner y Mertens, 2005). El abandono prematuro del tratamiento y la escasa motivación al mismo aumenta la probabilidad de presentar recaídas (Garmendia, Alvarado, Montenegro y Pino, 2008; Laudet y Stanick, 2010).

Lo que si parece evidente según otros autores, es que mantener sesiones de seguimiento independientemente de la modalidad de las mismas, tras el alta terapéutica, es una variable protectora de la recaída (Godley, Coleman, Titus, Funk y Orndorff, 2010).

5.1.2. Craving. Tipos, modelos y terapéutica

El craving, definido como el ansia o deseo irrefrenable de consumir la sustancia de abuso, es considerado como uno de los conceptos claves dentro del

tratamiento y la intervención en drogodependencias. Tal y como señalan algunos autores, el craving se puede entender como la apetencia por volver a experimentar los efectos deseados por una sustancia, con el fin de aliviar los síntomas del síndrome de abstinencia o como búsqueda de los efectos deseados del consumo, es decir, un estado emocional, sin descartar la motivación de emociones subjetivas que conllevan la necesidad de volver a consumir la sustancias de abuso u otras (Iraurgi y Corcuera, 2008), dicho craving dependerá de la sustancia y de ciertas características propias de la persona con problemas de adicción (Álamo, López-Muñoz y Cuenca, 2000); con otras palabras lo podemos definir como “deseo irrefrenable” o “ansia” por consumir. A su vez el craving, se ha relacionado con la búsqueda de recompensa placentera tras el consumo, cuyos circuitos cerebrales han sido alterados por el consumo prolongado, así como la evitación de ciertos estados físicos y/o emocionales desagradables y también el alivio de los síntomas propios del síndrome de abstinencia (Cano, Araque y Cándido, 2011; Marco et al., 2013; Volkow et al., 2001).

A continuación realizamos una breve revisión del concepto; el término craving se comenzó a usar de forma exclusiva con el alcoholismo, posteriormente, Wikler (1948), definió el concepto como, la urgencia por consumir opiáceos durante la abstinencia con origen en el malestar físico provocado por el síndrome de abstinencia. Isbell (citado en Jellinek et al., 1995), apuntó la existencia de dos tipos de craving: a) físico, causado por el síndrome de abstinencia, y b) psicológico, posterior a los primeros síntomas de la abstinencia y de duración mayor que el anterior; del mismo modo, Jellinek (1960), distinguió ambos tipos de craving, añadiendo al concepto el valor para entender el inicio, el mantenimiento y la recaída en el alcoholismo. Ya en la década de los 70, Edward y Gross (1976), lo definieron como necesidad imperiosa, provocando un conflicto entre el deseo de consumo y el mantenimiento de la abstinencia; incluyen como factores influyentes en el craving, los estímulos medioambientales, el estrés y estados afectivos. Rankin, Hodgson y Stockwell (1979, 1983), partiendo del concepto de Jellinek, reformulan el mismo, dotando de mayor complejidad al mismo, entendiéndolo como una respuesta multidimensional con factores subjetivos, conductuales, fisiológicos y bioquímicos. Marlatt, tras la formulación de su modelo cognitivo de Prevención de Recaídas, reconceptualiza el craving

como un estado subjetivo condicionado por unas consecuencias positivas esperables, es decir un estado motivacional ante el deseo de conseguir un resultado positivo; Marlatt diferenció entre craving (deseo por los efectos tras el consumo) y “urge” (intención de iniciar la conducta consumatoria), (Marlatt, 1987). Paralelamente Hovarth (1988), distingue también entre craving y urge (impulso); entendiendo el primero como la sensación subjetiva, la necesidad del consumo, arousal físico y emocional para alcanzar el estado deseado tras el consumo; y el impulso, como la conducta de búsqueda y posterior consumo de la sustancia. Tiffany (1990, 1995), en la década de los 90 relega el concepto de craving a variables cognitivas, restándole importancia en el origen o causas del consumo (Iraurgi y Corcuera, 2008).

En resumen, la inmensa mayoría de autores definen el craving como el deseo por volver a consumir una sustancia previamente consumida (Jiménez, Graña y Rubio 2002; Sanchez-Hervás et al., 2001; Tiffany y Conklin, 2000). Lo que si parece evidente, existiendo un consenso al respecto, es que el concepto de craving es un factor más que significativo en los trastornos por uso de sustancias y por lo tanto de suma importancia a tratar en las intervenciones de deshabitación (Iraurgi y Corcuera, 2008). Tal y como indica Sanchez-Hervás (2002), se dan ciertas posiciones consensuadas: a) que el craving es parte del trastorno adictivo, b) dicho craving o deseo aumenta si el paciente se expone a situaciones de riesgo y c) para el tratamiento de la conducta adictiva es fundamental enseñar a la persona estrategias de afrontamiento cognitiva para manejar deseos ante diversas situaciones de craving.

A continuación, pasaremos a describir los diferentes **tipos de craving** en base a su etiología (Chesa et al., 2004; Iraurgi y Corcuera, 2008):

- Para aliviar los síntomas negativos provocados por el síndrome de abstinencia: actuando el consumo y sus consecuencias como reforzador negativo.
- El craving como respuesta a la falta de placer: buscando el paciente una recompensa, mejorando su bienestar y estado de ánimo de forma inmediata. Actuando en este caso el consumo y sus consecuencias como reforzador positivo.

- En este tipo, el craving funciona como respuesta a un estímulo que lo desencadenan de forma automática, que dependerá de la persona y su experiencia propia, ya que ante los mismo estímulos, en un primer momento neutros, cada paciente reaccionará de una forma diferente.
- En último lugar, el craving puede ser respuesta a deseos hedónicos, con el fin de aumentar la sensación de placer y produciendo gran satisfacción; estos deseos son los que precipitarían el craving.

En relación a los **Modelos explicativos del craving**, éstos los dividiremos en tres: conductuales, cognitivos y neuroadaptativos (Jiménez, Graña y Rubio, 2002):

1. *Modelos Conductuales*: guardando relación con el condicionamiento clásico y operante. Encontraríamos dos visiones del modelo, por un lado, la que explica la aparición del deseo como evitación de la sintomatología concomitante con el síndrome de abstinencia y la visión que considera el craving como una búsqueda de placer y recompensa. Como teorías importantes que alimentan y fundamentan estos modelos destacamos la Teoría de la Abstinencia Condicionada de Wikler (1948), y la Teoría de la de Tolerancia Condicionada de Siegel (1979).
2. *Modelos Cognitivos*: divididos según su premisa en dos, por un lado, los que se fundamentan en los principios del Aprendizaje Social entendiendo el craving y su origen por las expectativas que se mantienen del consumo y sus efectos; y aquellos basados en la propia ciencia cognitiva: el procesamiento de la información, la memoria y la toma de decisiones (Blasco et al., 2008).

Dentro del primer grupo resaltamos por su transcendencia, los siguientes: a) Modelo de Etiquetado Cognitivo sobre el craving de Tiffany (1990, 1999), el cual explica el craving como una manera de interpretar las reacciones fisiológicas condicionadas ante una situación que ha sido identificada como una situación de consumo; b) Modelo de la Expectativa de Resultado, en el que los estímulos ambientales generan expectativas sobre los efectos del alcohol influyendo en la conducta comportamiento (Larimer, Plamer y Marlatt, 1999) y c)

Modelo de Regulación Dinámica de las Recaídas, según los afectos activados (negativos o positivos), éstos darán lugar a unas respuestas fisiológicas (síndrome de abstinencia) generando unas expectativas (alivio del displacer o búsqueda del placer); la percepción subjetiva de este proceso, dará lugar a la puesta en marcha de técnicas de afrontamiento y autocontrol o la conducta de búsqueda y consumo de la sustancia (Niaura, 2000).

En el segundo grupo que alude a la ciencia cognitiva encontramos: a) el Modelo de Doble Efecto, considerando el craving como un constructo organizado en redes de memoria, y que ha codificado la información de los estímulos desencadenantes de dicho craving (Baker, Morse y Sherman, 1987) y b) Modelo de Procesamiento Cognitivo del Craving de Alcohol, concluyendo que el craving no es necesario para el consumo de la sustancia (Tiffany y Conklin, 2000).

3. *Modelos Neuroadaptativos:* o también llamados fenomenológicos. Éstos dan una explicación al craving desde la biología, analizando el sustrato neurobiológico y la neuroadaptación cerebral por el consumo reiterado de una sustancia. Cabe mencionar aquí el Modelo de Sensibilización del Incentivo, el cual da respuesta a la neurología del craving y a sus persistencia en el tiempo, ya que la modificación cerebral de los sistemas implicados en la motivación y recompensa tras el consumo reiterado de drogas, quedan hipersensibilizados llevando a la compulsión y repetición del patrón del consumo (Robinson y Berridge, 1993). Otros modelos que podemos incluir en esta sección son el Modelo de Desajuste Homeostático (Koob y Le Moal, 1997) y el Modelo de Regulación Tónico Fásico del Sistema Dopaminérgico (Grace, 2000).

Completando los diferentes modelos explicativos señalamos, que el craving lógicamente, se ha relacionado con la impulsividad y en consecuencia con el autocontrol, siendo este último primordial como factor explicativo del desarrollo, mantenimiento, abstinencia y la aparición de las recaídas, encontrando una relación directa en diversos estudios: pacientes con mayor impulsividad

presentan mayor recaídas recientes, buscando principalmente recompensa placentera (Becoña y Cortés, 2008; Cano, Araque y Cándido, 2011; Weiss, 2005).

En relación a la **Terapéutica**, es el paradigma cognitivo-conductual, el más aceptado, si bien el tratamiento adecuado para el mismo ha de ser multidisciplinar, incluyendo la terapia psicofarmacológica (la cual comentamos posteriormente) o las terapias familiares; señalamos las siguientes técnicas cognitivo-conductuales como las más eficaces en combinación con la terapia psicosocial (González, 2009): a) Detención de pensamiento: interrumpiendo y modificando los pensamientos relacionados al craving sustituyéndolos por otros alternativos; b) Técnicas de distracción: con el objetivo de distraer los pensamientos del paciente desviando el foco de la atención, del consumo a otro alternativo; c) Programación de actividades: modificando hábitos, generando otros saludables alternativos al estilo de vida propio del consumo; d) Entrenamiento de imaginación de nuevo con el objetivo de modificar los pensamientos; e) Autoinstrucciones y autoafirmaciones que el propio paciente se verbaliza en relación a su actuación para el manejo del craving y f) Discusión de ideas irracionales relacionadas con el craving y el consumo.

Marlatt, en su Modelo de Prevención de Recaídas (1985), en relación al craving, propone dos tipos de intervención, por un lado las intervenciones de corte cognitivo: a) registro y análisis de situaciones de riesgo; b) análisis de las expectativas del consumo; c) reestructuración de creencias frente al craving, llegando a normalizar el mismo como parte del proceso de deshabitación y d) hacer conscientes las consecuencias negativas del posible consumo en el momento de la aparición del craving; y por otro las intervenciones de corte conductual: a) evitación y autocontrol (relajación); b) distracción y actividades alterativas y c) exposición estímulos.

Si bien es cierto que el craving es uno de los principales motivos que conllevan una recaída, no siempre es así; con todo, se deben aunar esfuerzos en el estudio de dicho proceso para hacer frente a las recaídas, sin ser éste el único ya que otros factores como emocionales, sociales, familiares..., intervienen en la recaída y por tanto en su tratamiento; la farmacoterapia es una de las

herramientas, pero no debe ser aplicada de forma asilada y única (Álamo, López-Muñoz y Cuenca, 2000).

5.1.3. Farmacoterapia y craving

Es obvio y reconocido por consenso científico que en la actualidad las recaídas forman parte habitual del tratamiento y que entre otras, la contribución de la farmacológica las hacen tratables, aboliendo o minimizando su frecuencia (Álamo, López-Muñoz y Cuenca, 2000).

Tal y como indican Álamo, López-Muñoz y Cuenca (2000), la patología adictiva y en concreto en la prevención de recaídas, se tiene que realizar desde una intervención multidimensional, incluyendo aspectos psicológicos, sociales, jurídicos y médico-farmacológicos.

Considerando únicamente la dimensión farmacológica, estos autores destacan tres líneas de intervención dentro de la prevención de recaídas: paliar la sintomatología del síndrome de abstinencia, el mantenimiento de la abstinencia y la prevención de recaídas propiamente dicha.

En todo proceso de deshabituación (y desintoxicación) de las adicciones, no podemos obviar las aportaciones de la medicina; en concreto en los procesos de recaídas, la farmacoterapia es un factor a considerar en el tratamiento de mucha utilidad como co-adyundante, en ciertos pacientes, de la psicoterapia.

Desde esta concepción, la medicina ha contribuido con una serie de fármacos, no sólo, al mantenimiento de la abstinencia, sino a la reducción de riesgos/daños, es decir a la reestructuración y bienestar de la persona que se encuentra en tratamiento por consumo de sustancias, por medio de diferentes mecanismos de acción: la aversión a la sustancias, el manejo del craving, el control de la impulsividad o mediante efectos agonistas ante ciertos efectos de sustancias (Pascual, 2006).

Existen diversos encuadres farmacológicos en relación a la prevención de recaídas, para Álamo, López-Muñoz y Cuenca (2000); en este sentido podemos señalar cuatro grupos, los de sustitución (fármacos con efectos y mecanismo de acción semejantes a la sustancia de abuso), antagonistas, aversivos y anticraving

(siendo éstos últimos los que mayor interés suscitan). A continuación y siguiendo la clasificación de Pascual (2006), vamos a sintetizar diferentes grupos de fármacos por grupos y su aplicación en la prevención de recaídas:

1.- Aversivos o interdictores: los denominados fármacos aversivos o interdictores son aplicados principalmente en los tratamientos de dependencia al alcohol. Entre ellos señalamos:

- *Apomorfina*, utilizado hace unos años con efecto aversivo, provocando vómitos tras la ingesta de alcohol.

- *Disulfiram* y *cianamida cálcica*, utilizados actualmente, provocan tras la ingesta de alcohol ciertos síntomas, en diferentes grados, desde la vasodilatación hasta dolor precordial entre otros, de este modo se disuade al paciente de seguir con la ingesta de la sustancia, (alcohol). Existen estudios que la combinación del disulfiram, junto a la terapia cognitivo conductual reduce, (incluso elimina tal y como nos indica la experiencia clínica) el uso de alcohol (Carroll et al., 2004). En la administración de dichos fármacos es necesario el consentimiento de los pacientes y se recomienda la supervisión de la toma del mismo por parte de un familiar, al igual que son de apoyo al tratamiento psicoterapéutico contribuyendo en la motivación y en la adhesión al mismo (Chesa et al., 2004; Pascual, 2006).

2.- Agonistas.

2.1. Agonistas opioides. Con este tipo de farmacopea se pretende aumentar la calidad de vida de los pacientes adictos a la heroína, como sustitutivo de dicha sustancia. Enumeramos los siguientes:

- *Metadona*: de uso oral que reduce los efectos de los síntomas presentes en el síndrome de abstinencia de la heroína, disminuyendo o incluso anulando el craving y la euforia de otros opiáceos que se puedan consumir durante su ingesta (Pascual, 2006). Es la base de los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM).

- *LAAM*: agonista opioide, no extendido su uso en España.

- *Buprenorfina*: agonista opiáceo, y al igual que ocurre con el LAAM, su uso en España no está extendido (Marco et al., 2013). La buprenorfina es un agonista/antagonista parcial que se une a los receptores opiáceos μ y κ del cerebro y la naloxona es un antagonista de los receptores μ . Estos dos fármacos se utilizan conjuntamente como tratamiento de sustitución en pacientes con dependencia de opiáceos, en el marco de un tratamiento médico, social y psicológico. La buprenorfina tendría un efecto sustitutivo, reduciendo el craving y la naloxona evitaría, por su efecto antagonista, la posibilidad de consumos adicionales de opioides.

2.2. *Nicotina*. Utilizada como terapia sustitutiva ante el tabaquismo, tanto en la desintoxicación como en la deshabituación disminuyendo de forma gradual la dosis. Es utilizada de diferentes formas:

- *Parches de nicotina*.
- *Chicles de nicotina*.
- *Comprimidos de nicotina*.
- *Spray de nicotina*: el cual se ha retirado del mercado.

3.- Antagonistas.

- *Naltrexona*: antagonista opiáceo, utilizado en la dependencia a heroína u otros opiáceos (Chesa et col., 2004).

4.- Ansiolíticos. Incluyendo aquí las benzodiacepinas. Éstas clasificadas según el ritmo de metabolización, como ultrarrápidas, rápidas o lentas. El efecto ansiolítico en el paciente, es el buscado en los procesos de recaída reduciendo la posibilidad de la misma. Las principales benzodiacepinas utilizadas en el tratamiento de las adicciones, (con el objeto de prevenir la recaída) son las siguientes:

- *Diazepam*.
- *Alprazolam*.
- *Lorazepam*.
- *Lormetazepam*.

- *Clonazepan.*

5.- Antidepresivos.

5.1. Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS). Muy utilizados en la dependencia alcohólica ya que aumentan las funciones dopaminérgicas disminuyendo a la vez el efecto reforzante del alcohol. Los más utilizados son:

- *Fluoxetina.*

- *Fluvoxamina.*

- *Sertralina.*

- *Paroxetina.*

- *Citalopram.*

- *Escitalopram.*

5.2. Inhibidores de la noradrenalina y de la serotonina:

- *Venlafaxina.*

- *Mirtazapina:* éste utilizado tanto como por su acción ansiolítica y sedante.

5.3. Inhibidor selectivo de la recaptación de la noradrenalina (IRNA).

- *Reboxetina:* por la acción estimulante con buen pronóstico en la dependencia a la cocaína.

6.- Fármacos utilizados para el manejo del control de los impulsos.

6.1. Antiepilépticos. Son utilizados en relación al control de los impulsos y el craving.

- *Lamotrigina:* proporciona efectos anticraving.

- *Gabapentina*: utilizada en el síndrome de abstinencia del alcohol y dependencia a cocaína (Pascual, 2006); al igual que reduce la sintomatología del síndrome de abstinencia a la heroína (Martínez Raga et al., 2004).

- *Oxcarbazepina*: recomendada en tratamientos de desintoxicación de alcohol y prevención de recaídas del mismo (Croissant et al., 2002).

- *Topiramato*: Utilizado en tratamientos para dependencia de alcohol y cocaína (Pascual, 2006). Existen estudios que obtienen como resultados la disminución de consumo de alcohol y el deseo del mismo, al igual que mejoría en las esferas psicosocial en pacientes con dependencia al alcohol tratados con topiramato (Johnson, 2004; Johnson et al., 2004; Rubio et al., 2004).

7.- Fármacos Anticraving: fármacos utilizados en la dependencia del alcohol entre otras sustancias, con eficacia en la prevención de recaídas reduciendo el ansia de consumo, denominados anticraving (Spanagel y Zieglgänsberger, 1997). Dos son los más utilizados (por separado o combinados) (Pascual, 2006):

- *Naltrexona*. De utilidad en dependencia al alcohol junto a psicoterapia (Rohsenow, 2004) y efectivo también en la prevención de sus recaídas (Mann, 2004).

- *Acamprosato*. Con resultados efectivos en la prevención de recaídas en el consumo de alcohol, reduciendo la severidad y la frecuencia de las mismas (Chick, Leher y Landon, 2003; Mann, 2004; Rueda, Ruiz y Baena 2011).

8.- Neurolépticos Atípicos.

- *Olanzapina*: en dependencia a alcohol.

- *Risperidona*: útil en pacientes con presencia de patología dual.

- *Ziprasidona*: con efecto antidepresivo.

- *Quetiapina*: con utilidad en dependencia a cocaína y anfetaminas (Brown et al., 2003) y en el control de consumo de alcohol (Monnelly et al., 2004).

- *Amisuprida*.

- *Clozapina*: si bien no existe consenso general para su uso en adicciones.

9.- Fármacos no nicotínicos para tratamiento del tabaquismo.

- *Bupropion*: fármaco no nicotínico adecuado para el tratamiento del tabaquismo. Demostrada su eficacia en diversos estudios (Aubin et al., 2004; Tonessen et al., 2003). El bupropion es un medicamento antidepresivo que se usa en el tratamiento del trastorno depresivo mayor y en el tratamiento del tabaquismo. El bupropion actúa a nivel inhibiendo en ciertas áreas cerebrales la recaptación neuronal de dopamina lo que explicaría su efecto en la reducción del craving. También parece tener un efecto inhibitorio sobre los receptores nicotínicos de acetilcolina. El bupropion ayuda al paciente con dependencia al tabaco a dejar de fumar disminuyendo la ansiedad y otros síntomas de abstinencia.

- *Vareniclina*, impide que la nicotina se una a los receptores nicotínicos y a su vez libera dopamina, por lo que reduce el ansia por fumar. La vareniclina, tiene una alta afinidad por los receptores neuronales para acetilcolina de tipo nicotínico $\alpha 4\text{-}\beta 2$, actuando como un agonista parcial, pero a un nivel mucho más bajo que la nicotina. De ese modo la vareniclina puede bloquear de forma efectiva la capacidad de la nicotina para activar totalmente los receptores $\alpha 4\text{-}\beta 2$ y el sistema dopaminérgico mesolímbico, que es el mecanismo neuronal que sirve de base para el refuerzo y recompensa que se experimenta al fumar.

10.- Otros fármacos apropiados para el tratamiento de la dependencia al alcohol.

- *Nalmefeno*: antagonista opiáceo con efectividad semejante a la naltrexona (Mann, 2004). El namelfeno es el primer modulador de los receptores opioides desarrollado y autorizado para la reducción del consumo de alcohol en pacientes con dependencia del alcohol. El namelfeno tiene actividad antagonista sobre los receptores μ y δ , y actividad agonista parcial sobre el receptor opioide κ . Se considera que estos efectos específicos sobre el sistema opioide reducen los efectos reforzadores del alcohol, reduciendo el deseo de consumir y permitiendo que el paciente pueda romper el ciclo de consumo continuado. El namelfeno - conjuntamente con apoyo psicosocial- se ha mostrado efectivo en reducir tanto el

consumo de alcohol total medido diario en un 60% como el número de días de consumo excesivo de alcohol en una media de 12- 13 días al mes, asociándose asimismo a descensos en las concentraciones séricas de los enzimas hepáticos GOT y GPT.

- *Ondansetron*: reduciendo los efectos euforizantes.

- *Buspirona*: si bien no es efectivo para el tratamiento directo del alcohol, encontramos su utilidad en pacientes con presencia de patología dual (Mann, 2004).

A resaltar que la farmacoterapia en la prevención de recaídas es de gran utilidad, si bien es de mayor efectividad combinado con psicoterapia u otras intervenciones psicosociales (Mann, 2004), o socioeducativas.

5.2. Modelos en prevención de recaídas

Los modelos de prevención de recaídas parten de la premisa de que el éxito de los tratamientos de drogodependencias con la consiguiente recuperación del paciente, dependen de que éste debe ser capaz de identificar las posibles situaciones de riesgo y poner en marcha estrategias de afrontamiento eficaces, llegando a controlar el craving (Tirapu, Landa y Lorea, 2003).

Estos modelos los podríamos encuadrar en dos grandes bloques: Modelos psicobiológicos de recaídas y Modelos psicológicos de las recaídas (Cortés, Giménez-Costa y Vicens, 2006); debido a la entidad de nuestro trabajo nos centraremos en los segundos, por lo que pasamos a detallar los más relevantes:

- *Modelo de Valoración Cognitiva*, Sánchez-Craig (1976). Dicho modelo asienta sus bases en que la interpretación del individuo sobre una situación tiene mayor peso en cuanto a la probabilidad de la recaída que la situación en sí. Guarda relación con las habilidades de afrontamiento y la percepción que el paciente tiene de las mismas, si éste considera que no posee la habilidad necesaria para hacer frente a una situación, ésta le puede provocar estrés y emociones negativas y de ahí el paso al consumo de la sustancia, así como valorar el beneficio el consumo a corto plazo sin

considerar las consecuencias negativas posteriores. El tratamiento consistiría en el aprendizaje y valoración de consecuencias negativas del consumo evitando de este modo la recaída.

- *Modelo de interacción persona-situación*, Litman (1986). Este modelo de corte más simplista, nos señala las variables que pueden precipitar una recaída, alude a las situaciones peligrosas, las estrategias de afrontamiento, la efectividad de dichas estrategias percibidas por el sujeto y otras características intraindividuales. Resaltamos el interés del modelo ya que recopiló la autora un listado de situaciones de riesgo y de estrategias para afrontarlas que dieron pie a la creación de los primeros cuestionarios al respecto.
- *Modelo de autoeficacia y expectativas de resultado* (Annis 1986; Rollnick y Heather, 1982; Wilson, 1978). Este modelo está fundamentado en el de autoeficacia de Bandura (1977, 1982), centrado por tanto en la persona y dos aspectos de ésta: la expectativa de resultado (intentar mantener la abstinencia) y la autoeficacia, percepción de la capacitación personal para mantenerla.

No puede faltar añadir a este grupo de Modelos psicológicos en Prevención de Recaídas, el Modelo cognitivo-conductual de Marlatt y Gordon (1985), si bien, debido a su repercusión e importancia en el presente trabajo, lo abordamos a continuación con más detalle.

5.2.1. Programa de Prevención desde un Enfoque Cognitivo Conductual de Marlatt

Este modelo elaborado por Marlatt y Gordon (1985), aceptado en términos generales por los profesionales expertos en drogodependencias y considerado el más completo e integrador, se basa en un enfoque cognitivo-conductual, teniendo en cuenta los principios de la teoría del aprendizaje de Bandura (1977, 1982); considerando que en el transcurso de la abstinencia y la recaída se da una situación de riesgo: estados emocionales negativos, conflictos intrapersonales y

contextos donde se da la presión social pudiendo lugar al craving (Cortés, Giménez-Costa y Vicens, 2006; Tirapu, Landa y Lorea, 2003).

El **origen del modelo** proviene del estudio y evaluación de la eficacia de métodos de condicionamiento aversivo en pacientes con dependencia al alcohol y el análisis de los procesos de recaídas de dichos pacientes (Marlatt, 1996a), tras el análisis de los resultados, consideraron importante desarrollar estrategias, que permitiesen mantener la abstinencia de estos pacientes, por lo que se evaluaron las señales que se asociaban a una recaída, pretendiendo identificar que indicios se asociaban a la respuesta de volver a beber o cuales se inclinaban hacia una respuesta alternativa al consumo, así Marlatt consideró el análisis de los factores emocionales y situacionales presentes ante el consumo tras el periodo de abstinencia. Para ello planteó cuatro cuestiones a los pacientes (Luego, Romero y Gómez-Fraguela, 2001; Marlatt, 1996a):

1. describir las características de las situaciones en las que se había realizado el primer consumo
2. enumerar las principales razones para llevarlo a cabo
3. describir los pensamientos y emociones que el deseo o deseo de tomar la primera bebida
4. describir las circunstancias que sucedieron alrededor y que consideran que impulsaron a ese consumo.

Tras dicho análisis de contenido y de la categorización de las respuestas, se estableció la primera categorización de situaciones precipitantes de las recaídas. Estas categorías describen situaciones de alto riesgo que favorecen la vuelta a un consumo inicial, tras un periodo de abstinencia. Con este primer sistema de categorización de factores precipitantes de recaídas, se desarrolló una línea de investigación concluyendo el la formulación del modelo cognitivo-conductual de las recaídas, el cual resumimos en la siguiente Figura 4.

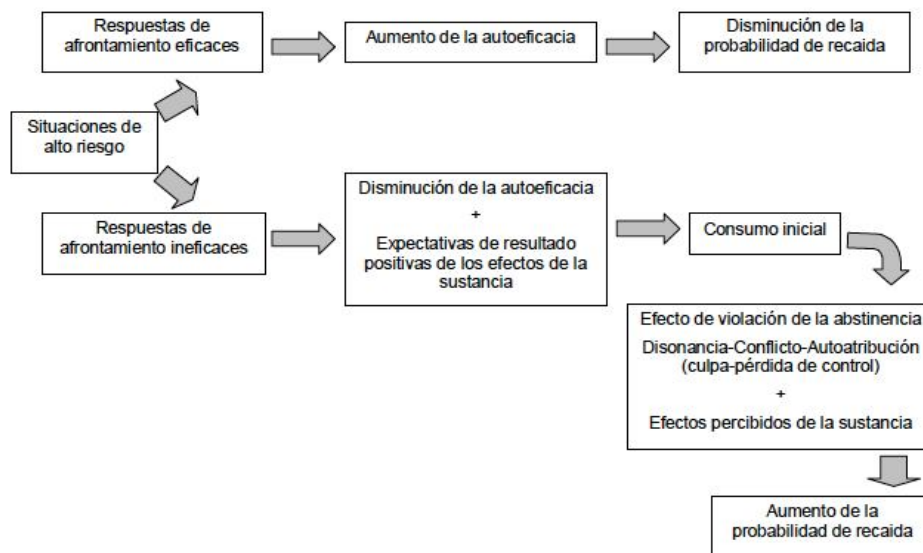


Figura 4. Modelo de Marlatt y Gordon (1985).

Fuente: Luego, Romero y Gómez-Fraguela, 2001.

Dicho modelo se ha visto modificado, ya que ha ido evolucionando a una visión multidimensional dinámica y sistémica, dando una explicación de las posibles interacciones entre los diferentes factores intervinientes (Sánchez Hervás y Llorente del Pozo 2012).

Esta nueva reconceptualización del modelo, señala la existencia de variables predisponentes, entre ellas la propia historia familiar del paciente, la existencia o no de apoyo familiar, características de personalidad o itinerario adictivo entre otras. Dichas variables de vulnerabilidad para la aparición de una recaída denominadas variables distales, van a influir en los procesos cognitivos, estados afectivos y estrategias de afrontamiento que emergerán en una situación de riesgo, estas son variables precipitantes que pueden favorecer o evitar la aparición del consumo denominadas proximales (Witkiewitz y Marlatt, 2004). La taxonomía actual, derivada de la revisión de las anteriores, clasifica los determinantes de las recaídas en dos grandes grupos:

- Ambientales-intrapersonales, factores tanto de índole psicológica como física-fisiológica o bien otras situaciones ambientales.

- Interpersonales, donde se incluyen factores relacionados con la interacción con el otro, o con el contexto de presión social.

A continuación identificamos en la Tabla 6 los factores determinantes identificados por Marlatt en la recaída (Marlatt, Parks y Witkiewitz, 2002; Witkiewitz y Marlatt, 2004):

Tabla 6

Clasificación de determinantes de Recaída.

I. FACTORES DETERMINANTES AMBIENTALES-INTRAPERSONALES

A. Hacer frente a estados emocionales negativos.

1.- Hacer frente a la frustración y/o a la ira. Incluye sentimientos de culpa u otras molestias internas que puedan producir frustración o ira.

2.- Hacer frente a otros estados negativos. Se incluirían sentimientos de miedo, ansiedad, tensión, depresión, aburrimiento, soledad, tristeza, etc..., al mismo tiempo se incluyen en este subapartado reacciones situaciones de evaluación (exámenes, hablar en público, etc...), dificultades con el empleo o de carácter económico, infortunios personales y accidentes.

B. Hacer frente a estados emocionales físicos-fisiológicos.

1.- Hacer frente a estados físicos asociados al consumo anterior. En esta categoría incluimos los estados físicos de malestar relacionados con la sintomatología asociada al síndrome de abstinencia.

2.- Hacer frente a otros estados físicos negativos. Como dolor relacionado con enfermedad, lesiones, fatiga y otros no asociados al consumo de drogas.

C. Potenciar estados emocionales positivos. Incluyendo situaciones donde se utiliza la sustancia para potenciar estados placenteros.

D. Poner a prueba el autocontrol personal. Principalmente se refiere a tener un nuevo consumo de la sustancia con el fin de comprobar que se puede mantener un uso controlado.

E. Ceder ante la tentación o impulso del consumo de la sustancia.

1.- En presencia de señales asociadas al consumo de sustancias.

2.- En ausencia de señales relacionadas al consumo de sustancias.

II. FACTORES DETERMINANTES INTERPERSONALES

A. Hacer frente a los conflictos interpersonales. Se refiere a los conflictos recientes surgidos en cualquier relación interpersonal, como puede ser en el matrimonio, la amistad, familia y entorno laboral.

1.- Hacer frente a la frustración y/o ira. Provocada por una fuente interpersonal, enojo con alguien, con presencia de discusiones, peleas, celos, discordia, culpa...

2.- Hacer frente a otro conflicto interpersonal. Los provocados por un conflicto donde aparecen sentimientos diferentes a frustración/ira como ansiedad, miedo, tensión, preocupación, inquietud u otros.

B. Presión Social.

1.- Presión social directa. Incluyendo aquí, las situaciones en que a través de un contacto directo, y con persuasión verbal se presiona a la persona a consumir o se le ofrece sustancias.

2.- Presión social indirecta. Recogiendo aquí situaciones en las que se ve a terceros consumir sustancias que sirven como facilitador para el propio consumo.

C. Mejora de los estados emocionales positivos. Se incluyen las situaciones interpersonales en que se usan las drogas para el incremento del placer, aumentando sentimientos de alegría, activación sexual, libertad u otros.

Fuente: elaboración propia según Marlatt, G.A., Parks, G.A. y Witkiewitz, 2002.

Dentro de la última conceptualización del Modelo tratado, éste tiene su implicación en la práctica clínica, ayudando a los pacientes en su proceso de cambio, abandonando la conducta adictiva, dotando de herramientas y habilidades

necesarias; es la denominada Terapia de Prevención de Recaídas la cual consta de los siguientes componentes (Marlatt, Parks, y Witkiewitz, 2002):

- La Terapia de Prevención de recaídas enseña estrategias de afrontamiento necesarias en el abandono de la conducta adictiva.
- Proporcionar mapas de las situaciones de riesgo e información de como evitarlas.
- Identificar señales de alerta temprana que avisan de riesgo de recaída.
- Propiciar cambios en el estilo de vida con el fin de reducir la probabilidad de aparición de lapsos y recaídas.
- Enseñar a anticipar y prepararse con antelación ante posibles obstáculos que conlleven el riesgo de recaída.

Para llegar a cabo dichos propósitos o componentes del Modelo, Marlatt (Marlatt, Parks, y Witkiewitz, 2002), describieron una serie de estrategias globales y otras específicas las cuales las podemos agrupar en 5 categorías (Wanigaratne et al., 1995):

- 1.- Procedimientos de Evaluación
- 2.- Técnicas de darse cuenta/sensibilización; toma de conciencia.
- 3.- Entrenamiento en técnicas de afrontamiento.
- 4.- Estrategias cognitivas.
- 5.-Estrategias de cambio de estilo de vida

En relación a las estrategias específicas enumeramos:

- 1.- Evaluación de motivación y compromiso (Prochaska y DiClemente, 1982).
2. Balance Decisional (Janis y Mann, 1977; Miller y Rollinck, 1999).
- 3.- Historia y susceptibilidad de recaída, fundamentalmente tiene relevancia el historial pasado de recaídas.

4.- Afrontamiento ante situaciones de alto riesgo. Fundamentalmente se tendrá en cuenta en esta sección el control de estímulos, el aumento de autoeficacia, afrontar la recaída y el efecto de violación de la abstinencia, EVA.

En relación a las estrategias globales:

1.- Equilibrio en el estilo de vida.

2.- Aumento en el equilibrio de vida, afrontando la indulgencia, impulsos y craving

3.- Afrontar la racionalización, negaciones y decisiones aparentemente irrelevantes

Como los propios autores señalan tanto el modelo de Terapia en Prevención de Recaídas, como las estrategias descritas en el mismo, pueden ser utilizadas de forma única o en combinación con otros tratamientos (Marlatt, Parks, y Witkiewitz, 2002).

5.2.2. Recaída y Modelo Transteórico de Cambio

Tradicionalmente, la recaída ha sido considerada como un fallo o fracaso, tanto del proceso terapéutico como del propio paciente, y no tanto como una parte del proceso de deshabitación/rehabilitación de la persona adicta, dándole un connotación moral o desde el modelo médico tradicional como una señal de buen o mal pronóstico (CIJ, 2010).

En los tratamientos de las adicciones, se ha considerado como factor de buen pronóstico “la voluntad”, si bien el concepto adecuado desde un punto de vista psicológico sería el de “motivación”, entendida como una energía psíquica que predispone a la realización de una conducta agradable o la evitación de una con consecuencias negativas; la motivación es necesaria para que se produzca el cambio de conducta y el mantenimiento de la misma (Miller y Rollinck, 1999; Tirapu, Landa y Lorea, 2003; Turbi, 2010).

Tras la llegada y difusión del modelo transteórico de los procesos de cambio de Prochaska y DiClemente (1982), el significado que se tiene de las

recaídas dentro del proceso terapéutico es modificado; para estos autores el cambio de una conducta no consiste en un paso discreto y dicotómico, sino que implica una secuencia de cambio intencional cursando con diferentes fases o estadios, siendo en los dos últimos dándose ya la abstinencia donde puede aparecer la recaída. De este modo, el modelo comentado nos ofrece la posibilidad de poder diseñar estrategias de intervención diferentes según el paciente se encuentre en un momento u otro, independientemente del modelo terapéutico adoptado (Graña, 1994; Miller y Rollinck, 1999; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992).

Según los autores, este modelo pretende (Prochaska y DiClemente, 1982; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Prochaska y Prochaska, 1993; Turbi, 2010):

- Ser aplicable a cualquiera de las formas de conducta adictiva, tanto de origen químico o no químico.
- Tiene en cuenta no sólo la modificación de la conducta adictiva, que se lleva a cabo en tratamiento, sino cualquier forma de cambio.
- Ser independiente a la modalidad de tratamiento. Es útil para describir el cambio de la conducta independiente del tipo de intervención.
- Como Modelo Global nos sirve de síntesis de otros modelos de cambio.
- Como Modelo Global se ocupa de las diferentes fases del proceso, desde que la persona nos es consciente del problema de la adicción hasta que consigue modificar su conducta adictiva.
- La integración de las diferentes variables/factores que puedan aparecer en la investigación dentro de la temática de las adicciones, por lo que no es un modelo completo, ni cerrado.

El modelo que describimos intenta dar respuesta a cuestiones básicas en la intervención de una conducta adictiva:

- ¿Cuándo se puede cambiar?, teniendo en cuenta la variable *estadios de cambio*.

- ¿Cómo se produce el cambio?, haciendo referencia a los *procesos psicológicos* que median para que se produzca el cambio.
- ¿Qué es lo que se necesita cambiar?, el *nivel* donde nos debemos situar en la intervención para facilitar el cambio.
- ¿Quién puede cambiar durante un tratamiento?, teniendo en cuenta las *variables* que discriminan entre los sujetos que van a poder cambiar y los que no.
- ¿Dónde se pueden realizar los cambios?, ateniéndonos al *Tipo de Programa* de intervención.

5.2.2.1. Fases/ estadios de cambio

Los autores del Modelo Transteórico de Cambio, señalan diferentes fases o estadios por los que pasa la persona en relación a su conducta adictiva, que pasamos a describir a continuación (Turbi, 2010):

Precontemplación:

Precontemplación es el estadio en el que el paciente no presenta ninguna intención de cambio de la conducta adictiva en un futuro próximo. Muchos individuos en esta fase no son conscientes del problema o minimizan, restándole importancia a las consecuencias (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1994). Acuden a tratamiento, principalmente por presión de familiares u otros que les rodean, que sí perciben la conducta adictiva como problema. Con todo, y a pesar de la asistencia a tratamiento por presión, sin motivación aparente, es una oportunidad que el terapeuta debe aprovechar para facilitar el cambio.

Contemplación:

Contemplación es el estadio en que las personas son conscientes de que existe un problema y piensan seriamente superarlo pero aún no se han comprometido a pasar a la acción (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1994). Es en este estadio, y con esta conciencia de problema es donde la mayoría de personas adictas inician un tratamiento (Graña, 1994).

La clave de la intervención en esta fase, es la duda o ambivalencia que muestran los sujetos encontrándose receptivos a la información que podemos aportar sobre su conducta adictiva y mostrando interés sobre las formas en que pueden cambiarla, aun así , es común que encuentren todavía mayores beneficios en mantener la conducta adictiva que su abandono.

Preparación:

Este estadio es también denominado de “determinación” o “toma de decisiones”. Es aquí donde la persona adicta se “prepara” para actuar. Las personas que se preparan para actuar se manifiestan más contrarios al consumo y por tanto menos favorables al mismo.

Este estadio es considerado de transición, en el cual, el sujeto comienza a realizar cambios que le ayudan a conseguir la abstinencia y/o como reducir la frecuencia y/o intensidad del consumo.

Acción:

Aquí la persona pone en marcha estrategias y acciones para modificar su comportamiento, experiencias o entorno con el fin de superar sus problemas. La acción implica cambios de conducta más visibles y requiere un considerable compromiso de tiempo y energía. Las modificaciones del comportamiento adictivo hechas en la etapa de acción tienden a ser más visibles y reciben el máximo reconocimiento externo. En ocasiones, los profesionales, igualamos erróneamente acción con cambio, y como consecuencia, pasamos por alto el trabajo necesario y de preparación al cambio hacia la acción y los importantes esfuerzos necesarios para mantener los cambios que siguen a la acción (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1994).

Se considera que los individuos que están en el estadio de Acción, llevan al menos seis meses sin presentar su conducta adictiva.

Muchos de los programas de tratamiento están diseñados hacia la acción, asumiendo que toda persona que llega está preparada para el cambio, cuando esto no ocurre así en la mayoría de las ocasiones.

Mantenimiento:

Definido por Lizarra y Ayarra (2001), como el estadio en que la persona ha focalizar su energía de forma activa en mantener el cambio y de consolidarlo, ya que las tentaciones (atracción por la conducta antigua) pueden aparecer favoreciendo una recaída.

Esta fase no supone un tiempo determinado, aunque se sugiere que después de esta fase aparecería otro estadio denominado “finalización”, caracterizada por la ausencia total de tentación en las posibles situaciones de riesgo.

Esta concepción de fase ilimitada y permanente, señala que las personas que presentan o han presentado adicción en el pasado, deben estar realizando continuamente esfuerzos para evitar una vuelta a la conducta adictiva, por que el cambio no se da por concluido. En este sentido, la identificación de situaciones de riesgo y la prevención de recaídas van a ser las estrategias que van ayudar al adicto a mantenerse abstinente

Recaída:

La recaída es una fase más del proceso que el terapeuta y el paciente deben manejar como aprendizaje. Hay que dotar a la persona de estrategias para la prevención de las recaídas y apoyo para no desmoralizarse y retomar el proceso donde lo dejó sin abandonar el proceso de cambio. Prochaska y DiClemente (1982), dotan de un sentido práctico a las recaídas. Las recaídas pueden darse tanto en el estadio de acción como en el de mantenimiento e implica un movimiento hacia los estadios previos de pre-acción como son precontemplación, contemplación o preparación a la acción (Graña Gómez. 2000), siendo la mayoría a las fases de contemplación preparación a la acción Figura 5 (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992).

Desde esta concepción, la recaída es un retroceso en la intención y el mantenimiento de la abstinencia, pero por definición siempre después de un tiempo de mejoría, es decir, de la remisión de la conducta adictiva, diferenciando entre dos tipos de remisión según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5 (APA, 2014), por un lado la remisión inicial entre 3

y 12 meses y por otro la remisión continuada entre 12 meses o más; pero no consideraremos la recaída ni como un fracaso ni fallo en el tratamiento (CIJ, 2010). Adoptando la idea que el tratamiento en adicciones es un proceso por el cual, la persona pasa por diferentes estadios de cambio, consideramos que la recaída no es el principal problema en las adicciones; la recaída es uno de los problemas con los que nos enfrentamos, y dependiendo del estadio de cambio en que se encuentre la persona, tendrá una significación u otra (Turbi, 2010).

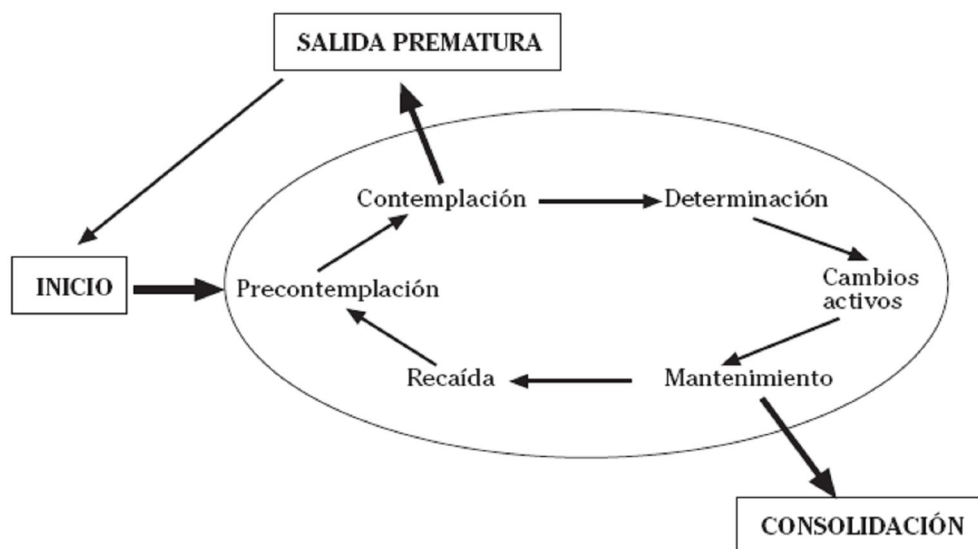


Figura 5. Modelos de estadio de cambio.

Fuente: Lizarraga y Ayarra (2001)

5.2.2.2. Procesos y Niveles de Cambio

Los **procesos de cambio** son actividades y experiencias con las que los individuos se comprometen cuando intentan modificar los problemas de comportamiento. En la Tabla 7, encontramos las siguientes definiciones e intervenciones de los procesos de cambio (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1994).

Tabla 7

Definiciones e intervenciones más representativas en los procesos de cambio.

PROCESOS	DEFINICIONES E INTERVENCIONES
Aumento de conciencia	Obtener mas información de uno mismo mediante observaciones, confrontaciones, interpretaciones y biblioterapia.
Auto-evaluación	Evaluar los pensamientos y sentimientos en relación al problema: clarificación de valores, imaginación y corrección de experiencias emocionales.
Auto-liberación	Actuar y creer en la propia capacidad de cambio: toma de decisiones, resolución de conflictos, logoterapia y realce de propósitos.
Contracondicionamiento	Alternativas a los problemas de conducta: relajación, desensibilización, aseveración y creación de autoestados positivos
Control de estímulos	Evitación y limitación de estímulos que aumenten la probabilidad de aparición del problema de conducta: reestructuración del entorno
Autogobierno	Vigilancia y actitud de alerta por uno mismo u otros en los cambios: autovigilancia, contratos de contingencia, refuerzos cubiertos/encubiertos
Relaciones de ayuda	Ofrecimiento de ayuda: soporte de ayuda/auto-ayuda
Relieve dramático	Expresión emocional ante problemas y soluciones: psicodrama, rol-playing
Revaluación ambiental	Evaluación de cómo los problemas afectan al entorno físico: empatía
Liberación social	Aumento y generación de conductas no problema en la sociedad.

Fuente: Elaboración propia a partir de Prochaska, DiClemente y Norcross, 1994.

Al hablar de **niveles de cambio**, nos referimos a la identificación de los aspectos en los que se debe intervenir, ya que cada individuo realiza un proceso diferente. Prochaska y Prochaska (1993), identifican una jerarquía de cinco niveles distintos, de los problemas psicológicos susceptibles de ser tratados (Turbi, 2010):

- 1.- Síntoma/situación.
- 2.- Cogniciones desadaptativas.
- 3.- Conflictos actuales interpersonales.
- 4.- Conflicto de familia/sistemas.
- 5.- Conflictos intrapersonales.

Estos niveles se encuentran interrelacionados, por lo que la intervención en uno de los niveles puede producir cambios en otro de mayor profundidad. Al respecto, los autores refieren tres estrategias básicas para intervenir en los niveles de cambio. Estas son:

- **Cambio de niveles:** Se comienza el tratamiento en el primer nivel, el de síntoma/situación. Si la intervención logra el objetivo deseado podemos continuar trabajando desde este nivel sin necesidad de pasar a otro más profundo; si esto no se da, pasaremos a otros niveles.
- **Nivel Clave:** Si se considera que las causas de un problema están situadas en un determinado nivel, el responsable de la intervención, de acuerdo con el paciente, trabaja directamente este nivel sin tener en cuenta los otros.
- **Impacto máximo:** Se trata de intervenir al mismo tiempo en varios niveles de cambio para conseguir el máximo impacto. Esta estrategia se utiliza en casos muy problemáticos, en los que el origen del problema se da en varios niveles.

II. MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO 6. PLANTEAMIENTOS METODOLÓGICOS

A lo largo de este capítulo procederemos a describir tanto los objetivos y las hipótesis planteados en la investigación desarrollada en el presente trabajo, así como el encuadre metodológico de la investigación: el marco general de la misma, el procedimiento seguido, para finalizar con el instrumento de evaluación utilizado y sus variables seleccionadas, que componen el grueso de la investigación.

6.1. Hipótesis

1.- Existirán motivos de recaídas que se dan con más frecuencia en mujeres reclusas por su propia idiosincrasia: mujer en contexto penitenciario.

2.- Ciertas variables Sociodemográficas, influirán en la recaída en el consumo de drogas independientemente del motivo de dicha recaída.

3.- Determinadas condiciones Jurídico-legales, propias de la reclusión en el centro penitenciario, influirán en los motivos de recaídas en el consumo de drogas.

4.- Distintas características de la Vida en prisión influirán en los motivos de recaídas en el consumo de drogas.

5.- La historia de la adicción-drogodependencia-tratamientos previos/o actuales de cada mujer, condicionará los motivos por lo que se podrá dar una recaída.

6.- El estado de Salud mental en la mujeres reclusas influirá en los motivos de la recaída en el consumo de drogas.

7.- Haber sido víctima de malos tratos o tener antecedentes familiares en relación al consumo de alcohol y/u otras drogas, serán variables que influirán en los motivos de recaída.

6.2. Objetivos

Objetivo general:

- Identificar los motivos de recaídas más frecuentes en mujeres reclusas en prisiones españolas, así como las variables influyentes en los procesos de recaídas seleccionadas, habiendo tenido en cuenta la condición de mujer (perspectiva de género) y de reclusa (contexto penitenciario) en los mismos.

Objetivos específicos:

1. Señalar los motivos de recaída más frecuentes en la muestra seleccionada para el presente estudio.
2. Estudiar la influencia de variables **Sociodemográficas** en los motivos de recaídas seleccionados.
3. Analizar la influencia de variables **Jurídico-legales** propias de reclusas, en los motivos de recaídas.
4. Explorar la influencia de variables relacionadas con la **Vida en prisión de la muestra** en los motivos de recaídas.
5. Profundizar en la influencia de variables relacionadas con la **Adicción-Drogodependencia y sus Tratamientos**, en los motivos de recaídas.
6. Examinar que tipo de influencia ejercen las variables relacionadas con la **Salud mental de las mujeres reclusas y sus tratamientos** en los motivos de recaídas seleccionados.
7. Observar la influencia de **otras variables**: tales como, *malos tratos recibidos y antecedentes familiares en relación al consumo de alcohol y/u otras drogas* en los motivos de recaídas seleccionados.

6.3. Material y método

6.3.1. Marco general de investigación

El estudio al que nos referimos en la presente tesis, forma parte del Marco General de Investigación Nacional, llevada a cabo con mujeres reclusas denominado “*Mujeres reclusas drogodependientes y su reinserción social.*”

Estudio socioeducativo y propuestas de acción” (Proyecto I+D+I, Referencia EDU2009-13408), dicho estudio ha sido financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad y autorizado por el Ministerio del Interior del Gobierno de España, con el apoyo de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y su consiguiente autorización de investigación, reflejando condiciones tanto administrativas como éticas de la misma (Anexo 3), y por la Consejería de Justicia de la Generalidad de Cataluña, la cual autorizó el acceso a la muestra catalana ya que dicha comunidad posee competencias propias en materia penitenciaria (Anexo 4).

Dicha investigación general, versa sobre el estudio de las mujeres en contexto penitenciario español, desde un eje socioeducativo de género, analizando su realidad intrapenitenciaria, características propias y su impacto en la reinserción; a su vez se han identificado y analizado, perfiles adictivos presentes en las mujeres reclusas objeto de estudio, junto a las características de dicha adicción. La muestra global del estudio se centró en mujeres internas en el medio penitenciario español, tanto en régimen abierto como ordinario y clasificadas en 2º o 3er grado de cumplimiento de pena (Añaños, Fernández y Llopis, 2013).

La **metodología** utilizada ha combinado métodos cualitativos y cuantitativos, desde una concepción de la realidad social como un todo, constituyendo un mundo fenoménico con visión interdisciplinaria y complementaria de enfoques y estrategias (Bedmar y Añaños, 2006; Ruiz, 2008). En concreto se ha empleado un enfoque y diseño con encuadre de la *metodología multimétodo –EMM–* (Bericat, 1998; Pérez, 2003), el cual permite la mejoría de los procesos y productos de la investigación (Tashakkori y Teddlie, 2003).

En relación a los **instrumentos** utilizados, éstos fueron confeccionados *ad hoc* para el estudio; se ha utilizado la técnica Delphi, siendo ésta un método de investigación sociológica, la cual utiliza e investiga la opinión de expertos; es una técnica grupal de análisis de opinión, que parte del supuesto de que el criterio de un individuo particular es menos fiable que el de un grupo de personas en igualdad de condiciones (Ruiz e Ispizua, 1989). En esta ocasión el grupo de expertos pertenecía a diferentes áreas de investigación tales como la Estadística,

métodos de investigación y diagnóstico en Educación y Sociología, Pedagogía, Antropología, expertos en adicciones tanto en el ámbito de la Psicología como de la Psiquiatría. Pertenecientes a las siguientes entidades tanto nacionales como internacionales: Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior), Universidad de Granada, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Universidad Jaume I (Castellón), Unidad de Conductas Adictivas de Castellón, Universidad de Deusto (Bilbao), Universidad Católica de Valencia “San Vicente Mártir”, Observatorio Epidemiológico de Bologna (Italia), Universidad de Bologna (Italia) y Universidad de Cauca (Colombia).

Estos instrumentos, administrados de junio a octubre de 2011 a la población objeto de estudio fueron los siguientes (Añaños y Fernández, en prensa):

- *Cuestionario para mujeres* (Anexo 1): consta el mismo de 92 ítems, (formado por preguntas cerradas de respuesta múltiple, junto a preguntas con respuesta abierta), distribuidos por temática en 5 bloques, los cuales son explicados con detalle en el punto "7.3 Instrumentos", del presente trabajo.
- *Entrevista semiestructurada*: de administración individual, compuesta por 283 preguntas abiertas, las cuales versaban de forma similar a los contenidos de los 5 bloques temáticos de los cuestionarios, descritos anteriormente. La duración aproximada de aplicación de la entrevista era de 40-60 minutos, dependiendo éste de las propias características de la entrevistada.
- *Cuestionario para profesionales de centros penitenciarios*: consta de 55 preguntas (ítems con multirespuesta y preguntas abiertas) relacionadas con la aplicación, temática, limitaciones y necesidades de programas socioeducativos y terapéuticos en las prisiones españolas siendo la población diana de éstos, las mujeres reclusas. El tiempo dedicado a la cumplimentación del mismo varió, dependiendo del profesional que lo cumplimentaba.

Con el fin de adecuar los instrumentos principales, a saber, el cuestionario de mujeres y las entrevistas semiestructuradas, y para corregir posibles carencias y/o limitaciones de los mismos, se llevó a cabo una aplicación piloto de los mismos (6 cuestionarios y 2 entrevistas) durante los días 25 y 26 de mayo de 2011 en el Centro de Inserción social, CIS, “*Matilde Cantos Fernández*”, ubicado en la ciudad de Granada, sirviendo el mismo para reformular y/o matizar algunos de los

ítems/preguntas cuya formulación inicial resultó confusa para las mujeres que realizaron dicha prueba piloto.

La **muestra total** del estudio general, ha sido de 599 mujeres reclusas distribuidas en diferentes centros penitenciarios ubicados éstos en territorio español. Dependiendo del instrumento de evaluación utilizado en el trabajo de campo la muestra ha quedado distribuida del siguiente modo:

- 538 mujeres evaluadas mediante cuestionarios reflejando aproximadamente el 15% de la población nacional femenina penitenciaria en el momento del estudio.
- 61 mujeres evaluadas mediante entrevista semiestructurada.

Se ha procedido también a evaluar a los profesionales mediante cuestionarios, que trabajan en 21 centros penitenciarios (equivaliendo al 50% de los centros visitados) y que ha permitido obtener información sobre 43 programas y/o tratamientos (en un mismo cuestionario existía la posibilidad de valorar diferentes programas / tratamiento). El número final de cuestionarios cumplimentados fueron de 43 correspondiendo a los 36 profesionales evaluados.

6.3.2. Procedimiento

El estudio realizado se encuentra enmarcado, como se ha señalado anteriormente, en la Investigación Nacional llevada a cabo con mujeres reclusas *“Mujeres reclusas drogodependientes y su reinserción social. Estudio socioeducativo y propuestas de acción”* (Proyecto I+D+I, Referencia EDU2009-13408).

En concreto, nuestro estudio es transversal, utilizando métodos cuantitativos, habiéndose realizado el trabajo de campo completo entre los meses de junio a octubre de 2011, con la población objeto de estudio.

Debido al tipo de **población**, la selección de la **muestra** presentó diversas consideraciones.

- A priori, se desconoce el número total de la población reclusa femenina en el estado español, si bien existen estadísticas que permitieron una estimación.

- Por razones de privacidad y del propio contexto penitenciario, se presenta la imposibilidad de elegir o seleccionar los sujetos a evaluar.

Con todo, se preservó la prioridad de obtener una muestra con un tamaño suficientemente representativo, en el periodo definido del trabajo de campo y de la geografía española, con el fin de poder generalizar resultados.

Por la propia idiosincrasia del estudio y de la población que ha formado parte del mismo, se optó por un muestreo estratificado teniendo en cuenta las siguientes variables: Sexo (mujer), clasificación penitenciaria según cumplimiento de pena y centro penitenciario en el que cumple la condena atendiendo a la localización geográfica (comunidad autónoma) del mismo, se entendió que la asignación de la muestra debía hacerse proporcional en base al tamaño de la población reclusa por Comunidades Autónomas. Por razones de logística y presupuesto, fueron excluidas del muestreo aquellas comunidades cuya proporción poblacional a nivel nacional era inferior al 2% (Ciudad Autónoma de Ceuta, la Ciudad Autónoma de Melilla, Cantabria, La Rioja, Navarra).

Un elemento a tener en cuenta, ha sido la dificultad de acceso a la muestra del estudio: la enorme burocracia y la diferente autonomía de cada prisión para la obtención de permisos de entrada al centro penitenciario, y la realización del propio trabajo de campo (valoración de las mujeres), que ha resultado en ocasiones un proceso complejo, que ha requerido un tiempo adicional, adecuándose a horarios señalados por cada institución; no obstante, el hecho de contar con el aval y autorización de la investigación desde la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, facilitó los procesos administrativos. Desde los planteamientos iniciales y con el objetivo de llegar a una mayor representación de la muestra de todo el territorio español, se quiso acceder a la población reclusa femenina de Cataluña, teniendo esta comunidad autónoma competencias propias en materia penitenciaria, se solicitó a la Secretaría de Justicia de dicha comunidad los permisos, que fueron concedidos. De esta manera la investigación se pudo realizar en todo el territorio español.

La muestra del estudio general se compuso, por mujeres internas en

centros penitenciarios del territorio español, cuya clasificación era 2º y 3er grado de cumplimiento de pena, con una mínima representación en la muestra de mujeres clasificadas en 1er grado según artículo 100.2 del Reglamento Penitenciario, (Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero). Fueron excluidas las reclusas pertenecientes a 3er grado de pena correspondientes al artículo 86.4, estando éstas bajo control de presencia mediante medios telemáticos, (Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero).

En cuanto a la tipología de centros seleccionados donde se encontraban cumpliendo condena las mujeres objeto del estudio se diferenciaron los siguientes centros:

- *Medio abierto*: Centro de inserción social (CIS), unidades externas de madres (UE), unidades dependientes de madres (UDM), y Secciones abiertas (SA).
- *Régimen cerrado*: Centros penitenciarios (CP): Módulo de mujeres (MM), módulo de respeto (MR), módulo familiar (MF), módulo de madres (UM), módulo o comunidad terapéutica (CT, que en Cataluña se llama DAE), unidades de tratamiento (UT) y unidades de tratamiento educativas (UTE) añadiendo a éstos los hospitales psiquiátricos penitenciarios (P).

Tras la selección de requisitos generales en relación a la muestra descritos anteriormente, se señalaron una serie de criterios de inclusión específicos con el fin de facilitar la obtención de datos:

- Mujeres que cumpliendo los criterios señalados tengan conocimientos básicos de la lengua española.
- Participación voluntaria y anónima en la investigación tras previa información de los objetivos de la investigación y firma de consentimiento informado (Anexo 3).

En la Tabla 8 se señalan los diferentes centros y ubicación geográfica por comunidad autónoma en la que se realizó el trabajo de campo y se extrajo la muestra a partir de 42 centros de 11 Comunidades Autónomas.

Tabla 8

Distribución de la muestra por Comunidades Autónomas, Centros e instrumentos válidos: cuestionarios (C), entrevistas (E) y programas (P).

Comunidad Autónoma	Nº y nombre Centros visitados	C	E	P
Andalucía	12: CIS Manuel Montesinos y Molina (Cádiz); CP Algeciras (Cádiz); CP Puerto III (Cádiz); CP Córdoba (Córdoba); CIS Matilde Cantos Fernández (Granada); UDM del CIS Matilde Cantos Fernández (Granada); CP Albolote (Granada); CP Huelva (Huelva); CIS Evaristo Martín Nieto (Málaga); CIS Luis Giménez Asua (Sevilla); CP de mujeres Alcalá de Guadaira (Sevilla)	131	14	9
Aragón	1: CP Zuera (Zaragoza)	11	1	2
Asturias	1: CP Villabona (Asturias) (se visitaron 2 módulos, uno de ellos la UTE)	19	2	-
Baleares	3: CIS Joaquín Ruíz Jiménez (Mallorca); UEM del CIS Joaquín Ruíz Jiménez (Mallorca); CP Palma de Mallorca	21	4	8
Canarias	2: CIS Mercedes Pinto (Tenerife); CP Santa Cruz de Tenerife (Tenerife)	25	4	5
C-León	3: CP Ávila (Ávila); CP Mansilla de las Mulas (León); CP Topas (Salamanca)	42	4	4
Cataluña	5: CP Brians I (Barcelona); CP Dones de Barcelona (Barcelona); SA Wad-Ras Dones (Barcelona); UDM Ágora de Dones Wad-Ras (Barcelona); UDM de Dones Wad-Ras (Barcelona)	83	8	5
C.Valenciana	4: CIS Torre Espioca (Valencia); CP Picassent (Valencia); CP Alicante (Alicante); Psiquiátrico CP Fontcalent (Alicante)	42	5	1
Galicia	2: CP A Lama (Pontevedra); CP Teixeira (Coruña)	31	3	1
Madrid	8: CIS Melchor Rodríguez García (Madrid); CP Madrid I (Madrid); CIS Victoria Kent (Madrid); UTE CP Madrid VI (Madrid); UTE CP Madrid VII (Madrid); UDM Madrid VI (Madrid); UEM Jaime Garralda del CIS Victoria Kent (Madrid)	121	15	6
P.Vasco	1: CP Nanclares de la Oca (Álava)	12	1	-
Totales	42 Centros	538	61	43

Fuente: Añaños y Fernández (2013).

En relación al contacto con los centros seleccionados, éste fue establecido de forma previa, mediante comunicación escrita confirmando telefónicamente la fecha prevista para la realización del trabajo de campo, con la persona responsable (Subdirector/a de Tratamiento mayoritariamente) así como el tiempo estimado, teniendo en cuenta el número de cuestionarios y entrevistas a realizar, y considerando la disponibilidad de cada centro, interfiriendo en la menor medida posible, en la vida intrapenitenciaria de las mujeres reclusas.

En algunos de los centros visitados, los/las responsables de forma previa seleccionaron la muestra considerando la disponibilidad y voluntariedad de las mujeres, en los centros en que no se aplicaron estos criterios, la selección de la muestra se realizó el mismo día que la evaluación, siguiendo los criterios del personal profesional penitenciario. El lugar donde se realizó la aplicación de cuestionarios y entrevistas individuales estaba sujeto a la infraestructura y disponibilidad de espacios del centro penitenciario. En la aplicación de cuestionarios y entrevistas no estuvo presente el personal penitenciario, con el objetivo de preservar la intimidad y la libertad en las respuestas, eliminando de este modo condicionantes que pudiesen contaminar los resultados de las pruebas.

El protocolo diseñado para la evaluación de programas/tratamientos mediante la cumplimentación de cuestionarios por profesionales fue diferente, consistiendo éste en el envío previo por correo postal del cuestionario, a los centros seleccionados, recogiendo los mismos al terminar la visita realizada con el motivo de la evaluación de las mujeres, o remitiendo los mismos, posteriormente también por correo postal.

En relación al **tratamiento de los datos** y posterior análisis de los mismos fue creada una base de datos en programa informático SPSS v. 21, tanto para los datos de los cuestionarios cumplimentados por las mujeres seleccionadas como por los profesionales. Se diferenciaron tres etapas (Añaños y Fernández, en prensa):

1.- *Fase de depuración*: tras la confección de la base de datos inicial se procedió a la depuración de los mismos, detectando y eliminando, aquellos que pudiesen contaminar los resultados.

- 2.- *Fase de codificación*: procediendo a categorizar y codificar las respuestas de manera que facilitara el proceso de tabulación y posterior obtención de resultados.
- 3.- *Análisis de la información*. En esta etapa se procedió al análisis de los datos y obtención de resultados perseguidos en la investigación.

En cuanto a las entrevistas individuales realizadas, se aplicaron técnicas cualitativas de análisis de contenidos, transcribiendo las mismas categorizando las respuestas, ayudando éstas a profundizar y matizar los resultados cuantitativos derivados de los cuestionarios,

Por completar y contextualizar la muestra general de mujeres encuestadas, mediante el cuestionario utilizado para las mujeres del estudio (N: 538), del estudio realizado, se realizó un primer análisis estadístico teniendo en cuenta la relación de éstas con los trastornos por uso de sustancias, (en este sentido, se ha mencionado en el marco teórico del presente trabajo y en los planteamientos iniciales de la investigación, que el uso de sustancias es una variable presente en contextos penitenciarios así como en la conducta delictiva, teniendo influencia en la reinserción) se han identificado cuatro perfiles claramente definidos según la presencia o no de adicción en el último mes tras el ingreso en prisión, siendo éstos, los siguientes (Añaños y Fernández, en prensa; Turbi y Llopis, en prensa):

- *Mujeres Adictas Activas (AA)*: aquellas mujeres que presentan un consumo problemático de drogas ilegales (ocasional, semanal o diario), alcohol si hay un consumo diario y si ha sido considerada droga principal por la mujer evaluada, así como los fármacos sin receta. No entran en la definición el tabaco, los fármacos recetados –siendo éstos considerados un tratamiento farmacológico y no un uso problemático o adictivo- y el alcohol de uso no problemático. Configuran esta submuestra el 12,8% del total, (n 69).
- *Mujeres Adictas en Programas de Mantenimiento de Metadona (PMM)*: mujeres participantes en programas de mantenimiento de metadona, bajo prescripción y control médico Aquí se encuentran el 11,9% de las mujeres evaluadas, (n 64).

- *Mujeres Ex-Adictas (EA)*: aquellas que llevan al menos 6 meses sin consumir las sustancias definidas como drogas previamente. Conformado por el 36,1% de la muestra, (n 194).
- *No Adictas (NA)*: incluyendo en esta categoría, las mujeres abstinentes totales de drogas ilegales y/o con consumos puntuales u ocasionales de alcohol (uso), consumidoras habituales de tabaco y/o fármacos recetados. Siendo éste el perfil más frecuente con un 39.2% del total, (n 211).

Pasamos a continuación a mostrar la prevalencia de dichos perfiles en el siguiente gráfico.

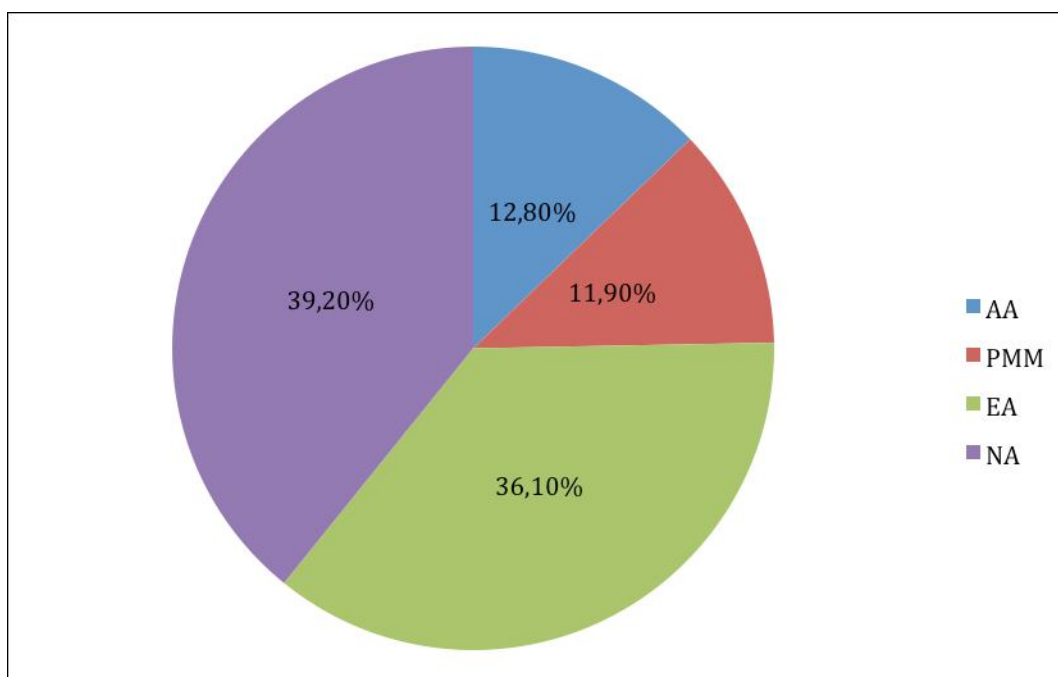


Gráfico 1. Perfiles Adictivos

Fuente: Proyecto: “Mujeres reclusas drogodependientes y su reinserción social. Estudio socioeducativo y propuestas de acción” [EDU2009-13408].

6.3.3. Muestra objeto de la investigación

La submuestra seleccionada finalmente para el estudio descrito en el presente trabajo: “Mujeres drogodependientes y medio penitenciario. Análisis del proceso de la recaída y variables influyentes en el mismo”, está compuesta por

una población N=121, extraída ésta a su vez, de la muestra global de mujeres evaluadas, mediante cuestionarios de la investigación general (N=538).

Dicha submuestra, al igual que la muestra total, se compone por mujeres reclusas en el medio penitenciario español, tanto en régimen abierto como ordinario y clasificadas en 2º o 3er grado de cumplimiento de pena, de los centros seleccionados para la investigación tal y como señala la Tabla 2, y resto de características descritas en apartado anterior (Añaños, Fernández y Llopis, 2013).

Si bien, las propias características de este estudio, han motivado la selección de las mujeres analizadas, de acuerdo a un criterio más amplio:

- Pertenecer a uno de los tres perfiles identificados con historia adictiva, Adictas Activas (AA), en Programa de Mantenimiento de Metadona (PMM) y Ex adictas (EA), excluyendo de la muestra a las No Adictas (NA), por razones obvias y de los propios objetivos del estudio: el análisis de las recaídas en el consumo de drogas.
- Acotar la muestra, atendiendo al objetivo del estudio: identificar los motivos de recaídas, teniendo en cuenta la perspectiva de género, más frecuentes en mujeres reclusas en cárceles españolas así como las variables influyentes seleccionadas desde la condición de mujer (perspectiva de género) y de reclusa (contexto penitenciario) en los mismos; incluyéndose en la misma las mujeres que puntuaron en mayor o menor medida en alguno de los motivos de recaída, que aparecen en el Ítem 88, incluido éste, en el Bloque IV de la encuesta administrada a la muestra general, es decir las que reconocen que a lo largo de su historia de consumo de sustancias tóxicas han presentado recaída en la misma.

6.3.4. Instrumentos

Han sido utilizados para la obtención de los datos, ciertas secciones (ítems concretos), de uno de los instrumentos aplicados en la investigación general, en concreto el *Cuestionario para mujeres* (Anexo 1), descrito brevemente en el

apartado anterior de Marco general de la investigación, si bien, a continuación es explicado con mayor detalle.

- *Cuestionario para mujeres* (Anexo 1): formado el mismo por 92 ítems, (preguntas cerradas de respuesta múltiple, junto a preguntas con respuesta abierta), distribuidos por temática en 5 bloques. Su administración fue principalmente de forma autocumplimentada, si bien en ocasiones fue guiada, atendiendo a las características y otras necesidades y/o dificultades relacionadas con la comprensión lectora de la mujer encuestada. La administración fue grupal, variando el número de participantes según la muestra seleccionada en cada centro; el tiempo estimado para su cumplimentación era de 60 minutos. Los bloques temáticos del cuestionario, agrupados en función de contenido de cada uno de ellos, son:

- Bloque I: en este bloque se recoge información sobre aspectos sociodemográficos y de la situación jurídico-penal de la mujer.
- Bloque II: en este bloque la información a recabar es la relativa a cuestiones formativas, laborales y económicas anteriores al ingreso en prisión y su participación en acciones formativas y laborales tras el ingreso.
- Bloque III: en este bloque se plantean cuestiones relacionadas con relaciones socio-familiares, apoyo social percibido en la vida intramuros, incluyendo relaciones afectivas-pareja-hijos/as así como aspectos relacionados con el maltrato y violencia de género.
- Bloque IV: en este apartado se recogen aspectos sobre la salud física y mental, junto a tratamientos recibidos al respecto.
- Bloque V: formado por preguntas relacionadas con itinerario historial adictivo, tanto anterior al ingreso al centro penitenciario como posterior al mismo, incluyendo aquí lo relacionado con las recaídas y sus motivos, así como los diferentes tratamientos recibidos.

Los ítems seleccionados de dicho cuestionario para nuestro estudio se describen a continuación, habiendo utilizado tanto para la confección del cuestionario *ad hoc* como para la selección de ítems, la técnica Delphi, como método de investigación sociológica teniendo en cuenta la opinión de expertos (Ruiz e Ispizua, 1989).

Parisca (1995), considera que el Método Delphi se basa en el principio de la inteligencia colectiva y que trata de lograr un consenso de opiniones expresadas individualmente por un grupo de personas seleccionadas cuidadosamente como expertos calificados en torno al tema, por medio de la iteración sucesiva de un cuestionario retroalimentado de los resultados promedio de la ronda anterior, aplicando cálculos estadísticos.

Suelen distinguirse tres etapas o fases fundamentales en la aplicación del método, según la variada bibliografía consultada al respecto (Bravo y Arrieta, 2005), que son:

1. *Fase preliminar*. Se delimita el contexto, los objetivos, el diseño, los elementos básicos del trabajo y la selección de los expertos.
2. *Fase exploratoria*. Elaboración y aplicación de los cuestionarios según sucesivas vueltas, de tal forma que con las respuestas más comunes de la primera se confecciona la siguiente.
3. *Fase final*. Análisis estadísticos y presentación de la información.

De este modo se confeccionaron y seleccionaron los ítems utilizados para el presente trabajo, evaluando éstos, diferentes variables que tras su posterior análisis permitieron obtener los resultados finales.

6.3.5. Variables seleccionadas

La variable principal a considerar en el estudio, ha sido los **motivos de recaídas**, si bien, se ha seleccionado otra serie de variables, las cuales, “a priori” pueden influir o mediar en dichos motivos. Estas variables, descritas a continuación, se han clasificado en base a su contenido en las siguientes secciones:

- variables **Sociodemográficas**
- variables **Jurídico-legales**
- variables relacionadas con la **Vida en prisión**
- variables relacionadas con la historia relacionada con la **Adicción-Drogo dependencia y sus Tratamientos**
- variables relacionadas con la **Salud mental**

- **otras variables**

Pasamos a continuación a describir las mismas, de una forma más detallada, para su mayor comprensión y entendimiento del trabajo presente:

Motivos de recaídas

En primer lugar, se decidió utilizar, como variable principal, la extraída del ítem que evalúa los motivos de recaídas previamente acordados (desde la técnica Delphi), sustentados por el modelo teórico de Marlatt y los factores determinantes identificados en la recaída, tanto determinantes ambientales-intrapersonales como interpersonales, que ya fueron descritos en el marco teórico del presente trabajo (Marlatt, G.A., Parks, G.A. y Witkiewitz, 2002; Witkiewitz y Marlatt, 2004), si bien éstos fueron concretados y redactados atendiendo al propio contexto penitenciario y la realidad de la mujer reclusa, tal y como se muestra a continuación el ítem concreto (88), ubicado en el Bloque V del cuestionario administrado (ver Anexo 1).

Ítem 88. Si ha tenido alguna recaída últimamente, marque con una X los motivos.

(Puede marcar varias opciones).

MOTIVOS	
1. Deseo incontrolable de consumir la sustancia (Craving).	
2. Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.	
3. Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...	
4. Ingreso en prisión	
5. Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as	
6. Salida de prisión y volver a entorno anterior	
7. Presencia de problemas sociales.	
8. Presencia de problemas familiares.	
9. Presencia de problemas con la pareja	
10. Por no querer afrontar mi realidad del día a día	
11. Otro, Indique ¿Cuál?...	

Para el resto de variables remitimos al Anexo 1, con el fin de obtener la lectura de los ítems completos para cada una de ellas.

Variables sociodemográficas

En este bloque temático se seleccionaron las siguientes:

- **Edad:** agrupando durante el análisis los años cumplidos señalados por las encuestadas en los siguientes grupos: < 30 años; entre 30-40 años y > 40 años. Esta variable se midió en el ítem 1 del cuestionario ubicado en el Bloque I.
- **Tener o no pareja en la actualidad:** valorada en el ítem 6 ubicado en el Bloque I.
- **Tener o no hijos/as.** Para nuestro estudio no se tuvo en cuenta el número de los mismos/as. valorada en el ítem 7 ubicado en el Bloque I.
- **Nivel de estudios alcanzado,** tras el análisis estos se agruparon en: sin estudios; educación primaria; educación secundaria; Formación Profesional/Bachiller/Superiores y otros. El dato fue extraído del ítem 10 ubicado en Bloque I.

Variables Jurídico-legales

Siendo las seleccionadas las siguientes:

- **Tipo de delito cometido por el que se cumple condena** (según Código Penal español vigente) Tras el análisis del dato, los tipos de delitos teniendo en cuenta las frecuencias obtenidas, se agruparon en: robo; delito contra la salud pública y otros. No se consideró en nuestro estudio el delito penado con mayor tiempo de condena. Ítem 26, Bloque I.
- **Tiempo que lleva en prisión desde el último ingreso.** Agrupando los tiempos tras el análisis basándonos en las frecuencias obtenidas en < 1 año; entre 1-2 años; entre 3-4 años y > 4 años. Ítem 32, Bloque I.
- **Tiempo que queda hasta finalizar cumplimiento de condena.** Al igual que con el ítem anterior, y atendiendo a las frecuencias la temporalidad se

agrupo en < 1 año; entre 1-2 años; entre 3-4 años; > 4 años y otros. Ítem 33, Bloque I.

Variables relacionadas con la Vida en prisión

- **Si ha recibido cursos de empleo durante el ingreso en prisión.** Se consideró únicamente la recepción o no de dichos cursos y no la temática de los mismos ni su valoración. Ítem 40, Bloque II del cuestionario administrado.
- **Participación en programas en el centro penitenciario:** Al igual que en ítem anterior se consideró únicamente la participación (en el pasado o en la actualidad) o no de dichos programas omitiendo la temática de los mismos y su valoración. Ítem 41, Bloque II.
- **Valoración de las consecuencias en la vida desde la estancia en prisión,** donde se pregunta sobre las consecuencias en la misma desde opción multirespuesta: mala; regular; buena y muy buena. Ítem 53, Bloque III.
- **Percepción de apoyo social/familiar desde el ingreso en prisión.** De los datos obtenidos del ítem 55, Bloque III, éstos se codificaron de la siguiente forma: Ninguno; bajo; medio y alto.

Variables relacionadas con la historia Adictiva-Drogodependencia y sus Tratamientos

- **Sustancia principal consumida antes del ingreso en prisión.** El dato ha sido obtenido del ítem 71, ubicado en el Bloque V del cuestionario. El ítem completo se puede observar en el Anexo 1. Tras el análisis de los datos y sus frecuencias las categorías adjudicadas fueron las siguientes: Heroína; Cocaína en Base; Cocaína en Polvo; Heroína+Cocaína (Speedball); Cannabis y otras sustancias.
- **Si ha recibido tratamiento para el abandono del consumo de sustancias anterior al ingreso en prisión.** Valorado mediante el ítem 72, Bloque V.

- **Tipo de tratamiento recibido para este fin anterior al ingreso:** desintoxicación, tratamiento ambulatorio, centro de día, comunidad terapéutica, tratamiento con metadona y otros. No se considero en nuestro estudio el número de tratamiento recibidos ni la sustancia principal de abuso que demandó los mismos. Ítem 74, Bloque V.
- **Si continuó dicho tratamiento tras el ingreso en prisión.** Ítem 76, Bloque V.
- **Si recibe tratamiento en la actualidad.** Ítem 80, Bloque V.
- **Valoración del tratamiento recibido en la actualidad.** Ítem 83. Bloque V.
- **Estadio de cambio, percepción de necesidad de ayuda, motivación frente a la abstinencia,** (valorando en este ítem, la motivación hacia la abstinencia y autopercepción de problema/ayuda). Ítem 86, Bloque V.
- **Tratamiento recibido para esos problemas,** (ninguno, automedicación, farmacológico/psiquiátrico y psicológico). Ítem 62, Bloque IV.

Otras variables

- **Malos tratos recibidos:** haber sido víctima de malos tratos (con denuncia interpuesta), independientemente del actor de los mismos, del ítem sólo se considero los malos tratos recibidos a la persona evaluada. Ítem 59, ubicada en Bloque III.
- **Antecedentes familiares en relación al consumo de alcohol y/u otras drogas,** incluyendo parejas pasadas o actuales. En nuestro análisis no se consideró el momento en que se dio la problemática considerada ni la diferenciaron entre alcohol u otras drogas. Ítem 89, Bloque V.

CAPÍTULO 7. RESULTADOS: PERFIL DE LA MUESTRA SEGÚN VARIABLES ESTUDIADAS

A continuación procedemos a describir los primeros resultados del estudio, en relación al perfil obtenido de la submuestra, atendiendo a los diferentes perfiles con historia adictiva, así como al resto de variables seleccionadas.

7.1. Perfil Adictivo

Como se observa en el gráfico 2, el grupo más numeroso es el de mujeres incluidas en el perfil Ex Adictas (n=54), seguido por el de Adictas Activas (n=37) y por el último el menos números el de mujeres que se encuentran en Programas de Mantenimiento de Metadona (n=30).

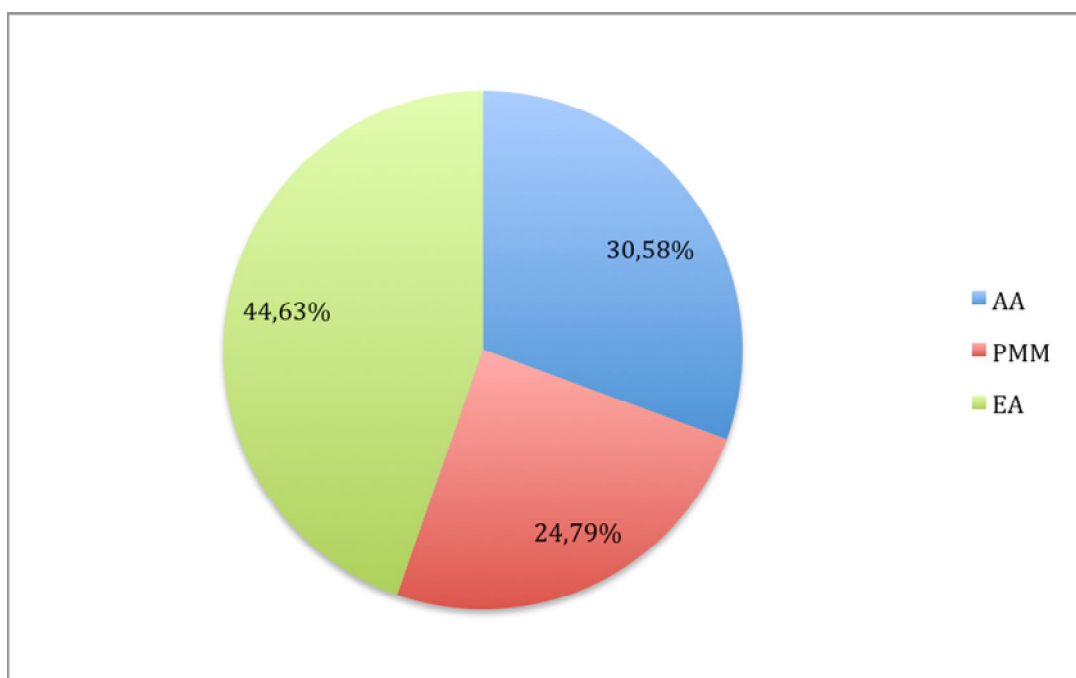


Gráfico 2. Perfiles Submuestra

Fuente: elaboración propia.

7.2. Variables sociodemográficas

Detallamos a continuación las distintas variables enmarcadas en este bloque:

Grupo de Edad

Tabla 9

Grupos de Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<30	36	29,8	29,8	29,8
30-40	66	54,5	54,5	84,3
>40	19	15,7	15,7	100,0
Total	121	100,0	100,0	

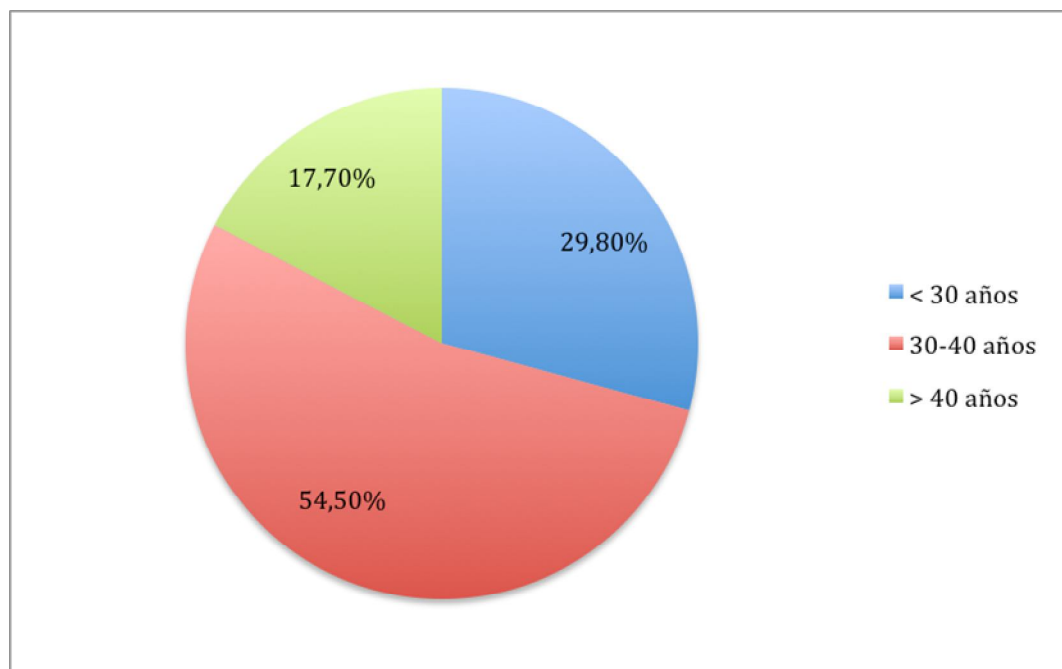


Gráfico 3. Grupos de edad

Fuente: elaboración propia.

Como se observa, el grupo de edad en el que se encuentra el mayor porcentaje de mujeres de la submuestra es el de 30-40 años, seguido del de menores de 30 y por último el de mayores de 40 años.

Tener o no pareja en la actualidad

Tabla 10

Actualmente ¿tiene pareja?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	96	79,3	80,0	80,0
	No	24	19,8	20,0	100,0
	Total	120	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,8		
Total		121	100,0		

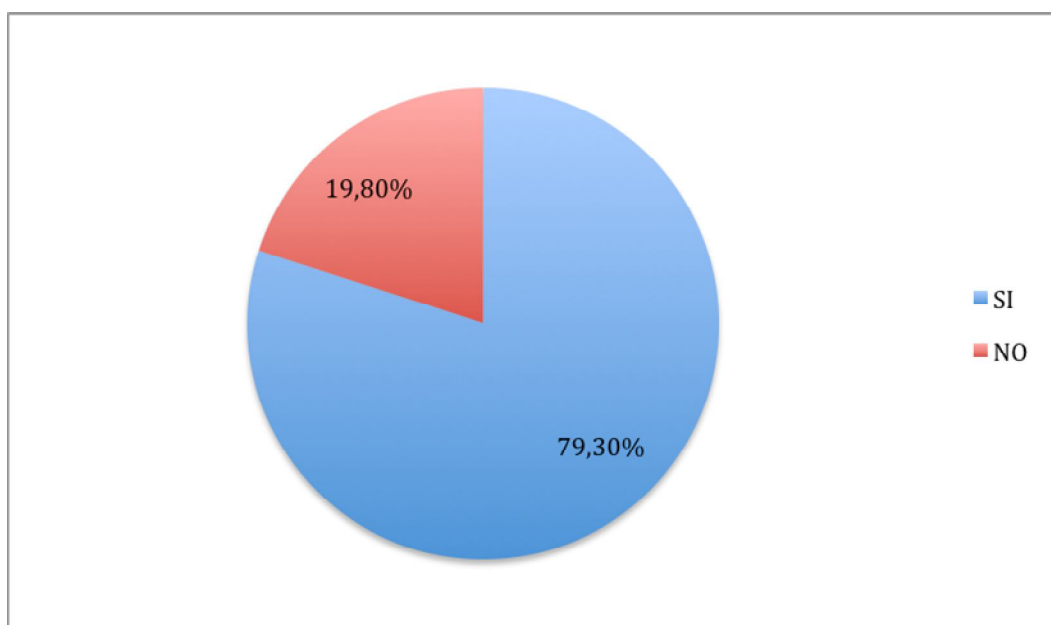


Gráfico 4. Tener o no pareja

Fuente: elaboración propia.

La mayoría de las mujeres que componen la muestra poseen pareja en la actualidad con un 79,3%, seguidas de las que no con un 19,8%.

Tener o no hijos/as

Tabla 11

¿Tiene hijos/as?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Sí	96	79,3	79,3	79,3
Válidos	No	25	20,7	20,7	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

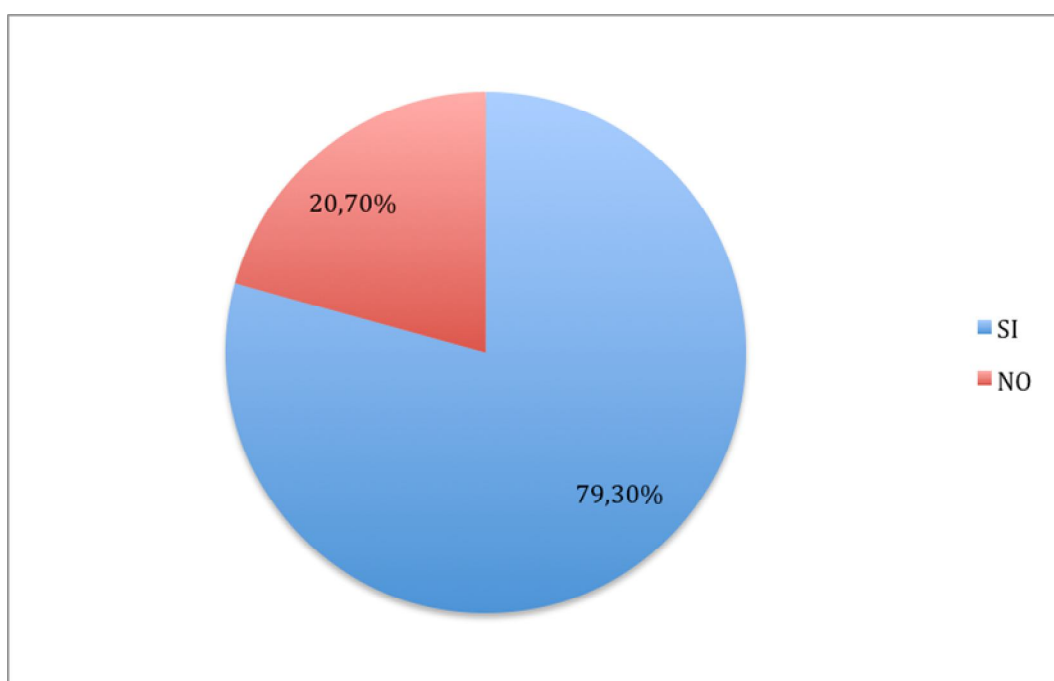


Gráfico 5. Tener o no hijos/as

Fuente: elaboración propia.

La mayoría de las mujeres son madres (79,3%), frente a un 20,7% que no lo son. No se ha tenido en cuenta el número de hijos/as, ya que la variable seleccionada era la maternidad.

Nivel de estudios alcanzado

Tabla 12

Estudios

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Otros	2	1,7	1,7	1,7
Sin Estudios	27	22,3	22,7	24,4
Váli dos Primaria	39	32,2	32,8	57,1
Secundaria	23	19,0	19,3	76,5
FP/Bachiller/Superiores	28	23,1	23,5	100,0
Total	119	98,3	100,0	
Perdi dos Sistema	2	1,7		
Total	121	100,0		

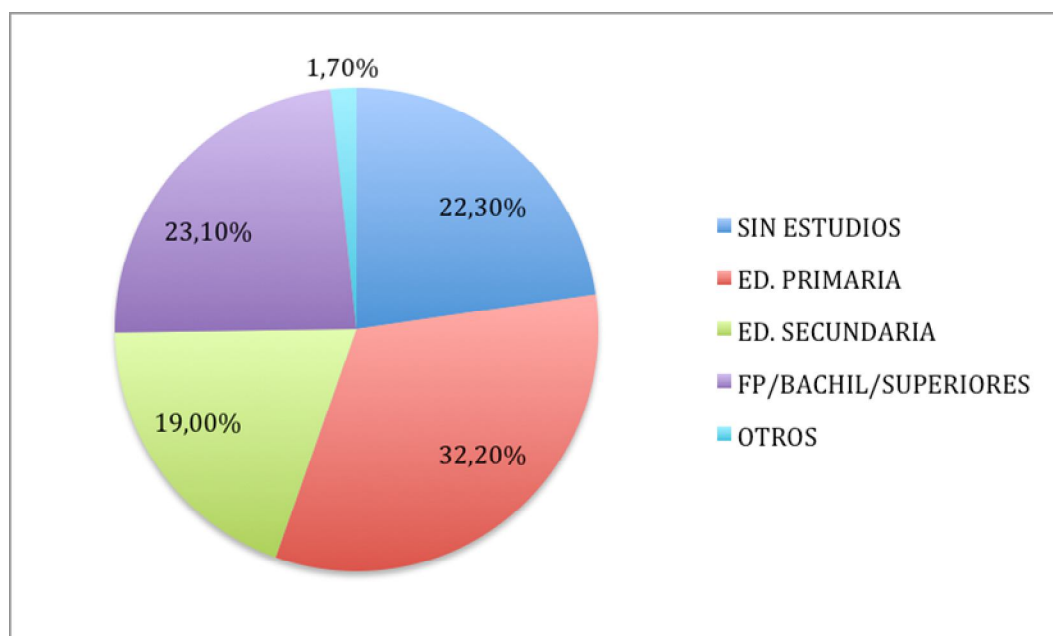


Gráfico 6. Nivel de estudios

Fuente: elaboración propia.

Como se observa es el grupo que presenta estudios en Educación primaria alcanzados, el mayoritario (32,20%), seguido de las que alcanzaron estudios en Formación Profesional (23,1%), a continuación se encuentra el grupo de mujeres que no alcanzó ningún estudio reglado (22,1%), con un 19% las mujeres que alcanzaron cursar educación secundaria. Y por último, en relación a otros, únicamente se da un 1,7%.

Ser o no practicante de su religión

Tabla 13

¿Es usted practicante de su religión?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	56	46,3	58,3	58,3
	No	40	33,1	41,7	100,0
	Total	96	79,3	100,0	
Perdidos	Sistema	25	20,7		
Total		121	100,0		

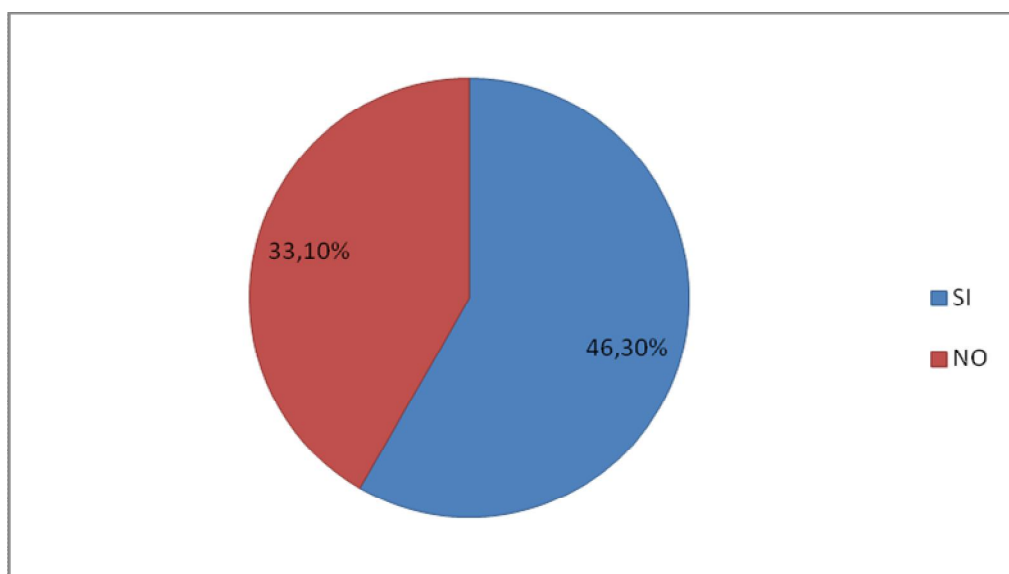


Gráfico 7. Practicante de Religión

Fuente: elaboración propia.

El porcentaje mayoritario (46,3%), recae en las que sí señalan que son practicantes de su religión, independientemente de cual sea. El 33,1 % no se consideran practicante. Cabe resaltar que en esta variable se dieron un 20,7% de casos perdidos.

7.3. Variables jurídico-legales

Tipo de delito cometido por el que se cumple condena

Tabla 14

Delito por el que cumple Condena

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Otros	38	31,4	31,4	31,4
Robo	51	42,1	42,1	73,6
Delito Contra Salud Pública	32	26,4	26,4	100,0
Total	121	100,0	100,0	

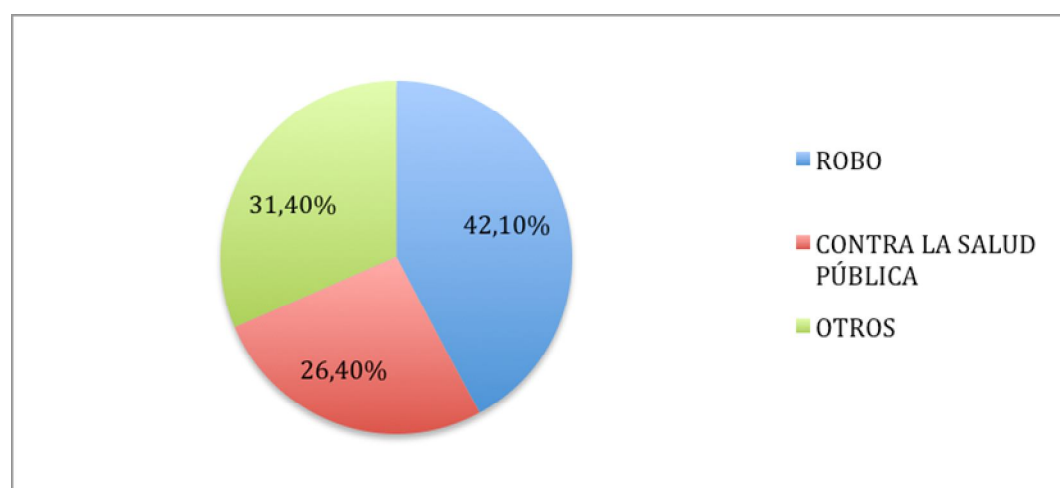


Gráfico 8. Delito por lo que cumple condena

Fuente: elaboración propia.

En relación a la variable delito cometido, el delito más frecuente por el que cumplen condena en la actualidad es el de robo con un 42,1%, seguido por otros, 31,4% (se agruparon debido a la multitud de delitos y escasa frecuencia en cada uno de ellos), y por último el delito relacionado contra la salud pública (tráfico de drogas), con un 26,4%. En resumen tanto los delitos por robo como los cometidos contra la salud pública, son los mayoritarios en esta población, coincidiendo con los datos de la población reclusa femenina en centros penitenciarios del territorio español, si bien, en nuestra muestra estos están invertidos, siendo el más común el robo y no delitos contra la salud pública, como sí ocurre en la población general reclusa femenina.

Si es o no la primera condena que conlleva ingreso en prisión

Tabla 15

¿Está cumpliendo su primera condena?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	68	56,2	56,2	56,2
	No	53	43,8	43,8	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

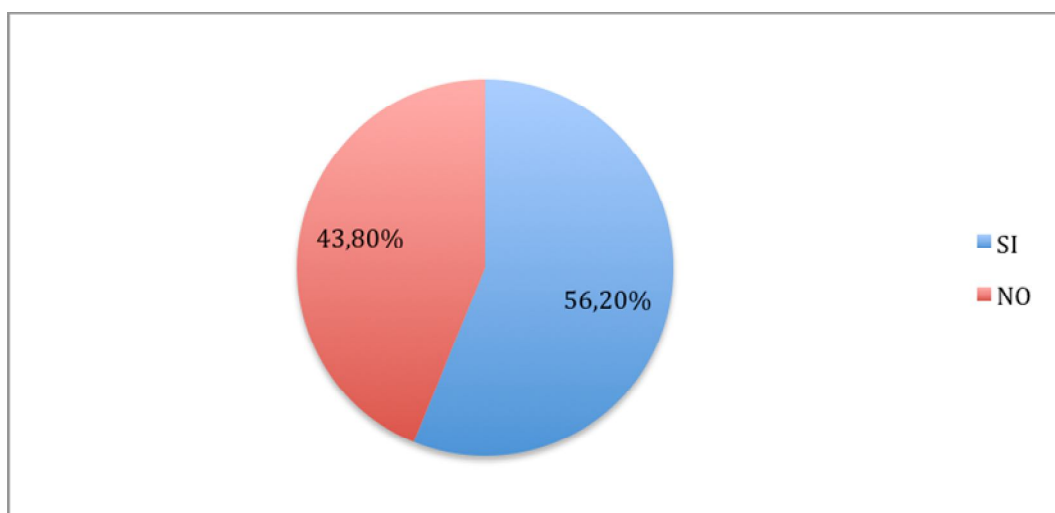


Gráfico 9. Primera condena

Fuente: elaboración propia.

Más del la mitad de la muestra se encontraba cumpliendo la primera condena (56,2%), frente a un 43,8%, en cuyo caso es la segunda o más condena en cumplimiento.

Tiempo que lleva en prisión desde el último ingreso

Tabla 16

Tiempo en Prisión desde último ingreso

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<1	46	38,0	38,0	38,0
1-2	32	26,4	26,4	64,5
Válidos 3-4	18	14,9	14,9	79,3
>4	25	20,7	20,7	100,0
Total	121	100,0	100,0	

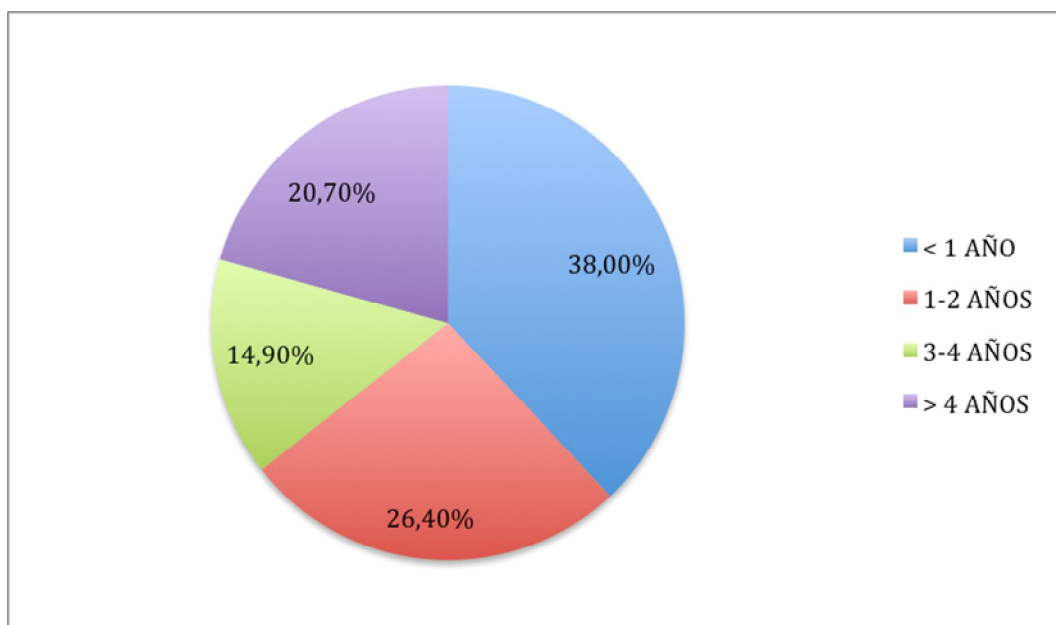


Gráfico 10. Tiempo de estancia en prisión

Fuente: elaboración propia.

Un 38% de las mujeres evaluadas se encuentran menos de un año ingresadas en prisión (desde el último ingreso, independientemente sea este o no el primero). El siguiente grupo más numeroso son las mujeres que se encuentran entre 1 y 2 años internas en prisión (26,4%); les sigue el grupo de las que llevan mas de 4 años (20,7%), y por último el grupo con menor porcentaje es el de la población que se encuentran entre 3 y 4 años (14,9%).

Tiempo que queda hasta finalizar cumplimiento de condena actual

Tabla 17

Tiempo máximo hasta finalizar condena

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Otros	5	4,1	4,1	4,1
<1	40	33,1	33,1	37,2
1-2	38	31,4	31,4	68,6
3-4	18	14,9	14,9	83,5
>4	20	16,5	16,5	100,0
Total	121	100,0	100,0	

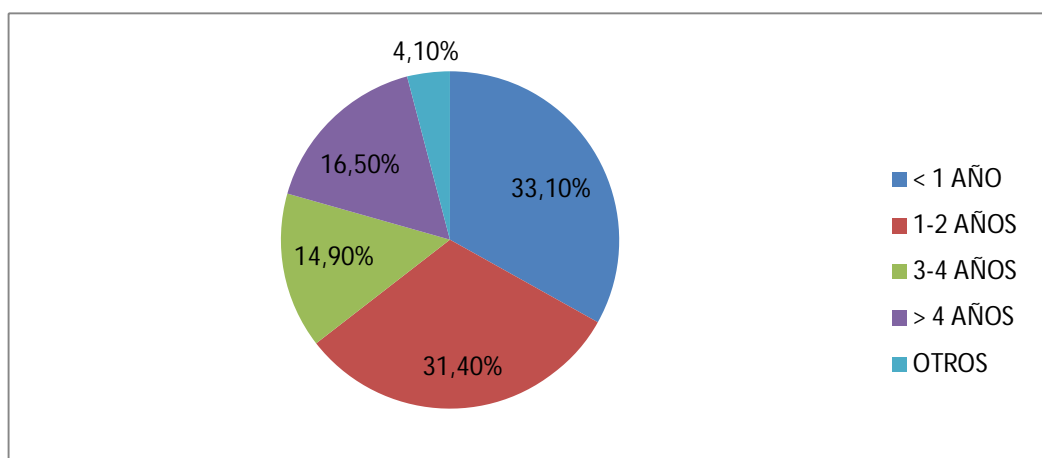


Gráfico 11. Tiempo máximo para finalizar condena

Fuente: elaboración propia.

Del colectivo seleccionado, es el más representativo, el de mujeres que les queda por finalizar el cumplimiento de condena actual inferior a un año (33,1%), seguido del que les queda entre 1 y 2 años (31,4%). El mayor porcentaje que sigue es el que le queda por cumplir tiempo superior de condena superior a 4 años (16,5%) anterior al del periodo entre 3 y 4 años (14,9%). El subgrupo inferior es el de otros (4,1%).

7.4. Variables relacionada con la vida en prisión

Si ha recibido cursos de empleo durante el ingreso en prisión

Tabla 18

Durante el cumplimiento de su pena, ¿ha recibido cursos destinados a encontrar un empleo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí, he recibido	85	70,2	70,8	70,8
	No he recibido	35	28,9	29,2	100,0
	Total	120	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,8		
Total		121	100,0		

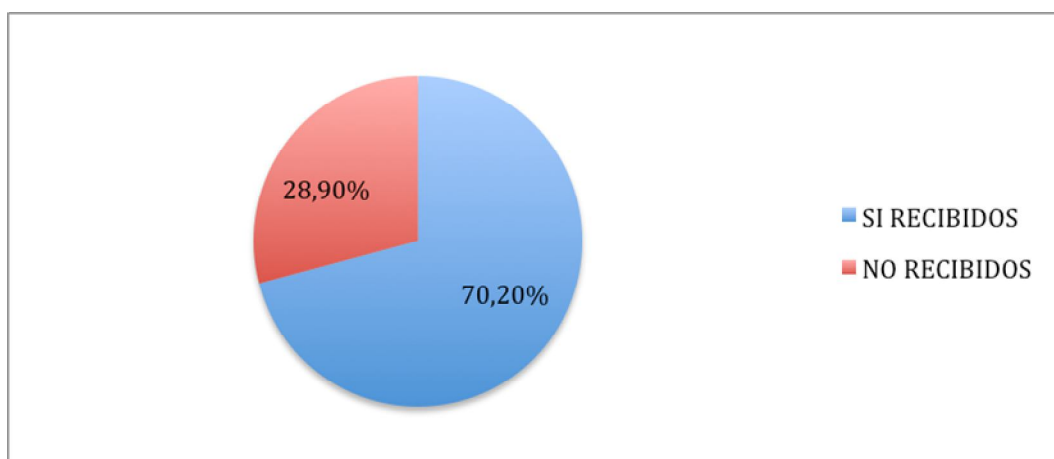


Gráfico 12. Recepción cursos de empleo

Fuente: elaboración propia.

Durante el tiempo en el que se encuentran cumpliendo condena el 70,2% ha recibido cursos de empleo destinados a la formación/búsqueda del mismo tras su excarcelación, frente al 28,9% que no los ha recibido.

Participación en programas en el centro penitenciario

Tabla 19

Si ha participado en el pasado en programas de diferente índole o participa actualmente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí, he participado	104	86,0	86,0	86,0
Válidos No he participado	17	14,0	14,0	100,0
Total	121	100,0	100,0	

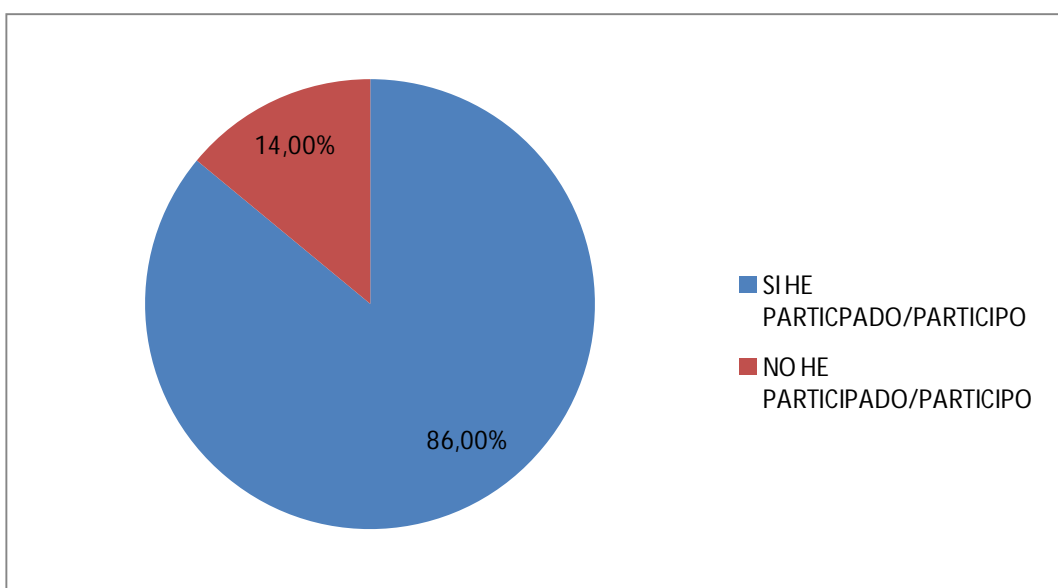


Gráfico 13. Participación en programas formativos

Fuente: elaboración propia.

La inmensa mayoría de las mujeres del estudio (86,0%), han participado o se encuentran participando actualmente en programas de diversa índole en el centro penitenciario, frente a las que no lo hacen o han hecho (14%).

Valoración de la vida en prisión

Tabla 20

¿Cómo valora las consecuencias, en su vida, de la estancia en prisión?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mala	36	29,8	31,6	31,6
	Regular	33	27,3	28,9	60,5
	Buena	38	31,4	33,3	93,9
	Muy buena	7	5,8	6,1	100,0
	Total	114	94,2	100,0	
Perdidos	Sistema	7	5,8		
Total		121	100,0		

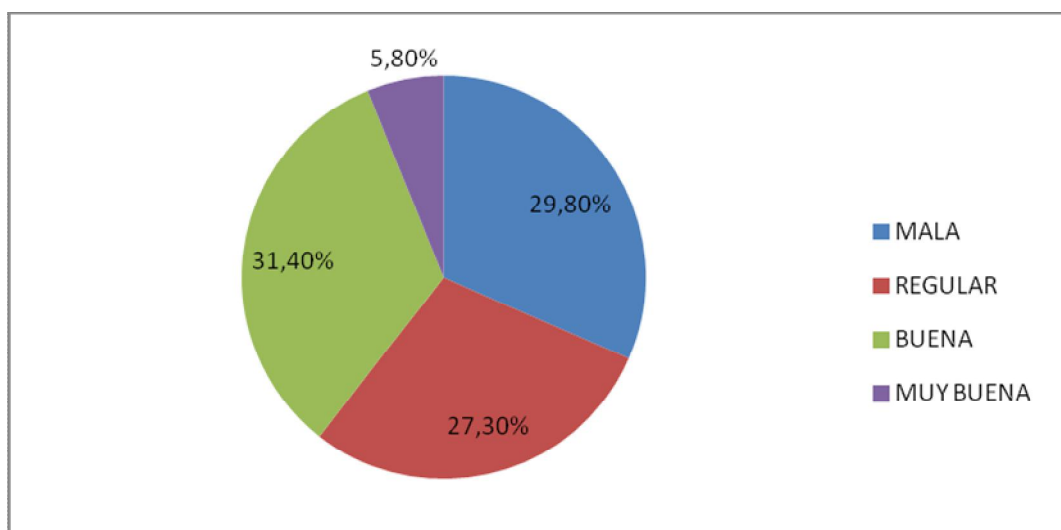


Gráfico 14. Valoración de la vida en prisión

Fuente: elaboración propia.

Un 31,4% valora como buena su estancia en prisión, si bien, un porcentaje similar, el 29,8%, lo valora como mala. El 27,3% de las mujeres de la muestra, valora su estancia como regular. Únicamente el 5,8 de las mismas ha considerado muy buena dicha estancia.

Percepción de apoyo social/familiar

Tabla 21

Percepción de Apoyo social/familiar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguno	8	6,6	6,6	6,6
Bajo	37	30,6	30,6	37,2
Válidos Medio	37	30,6	30,6	67,8
Alto	39	32,2	32,2	100,0
Total	121	100,0	100,0	

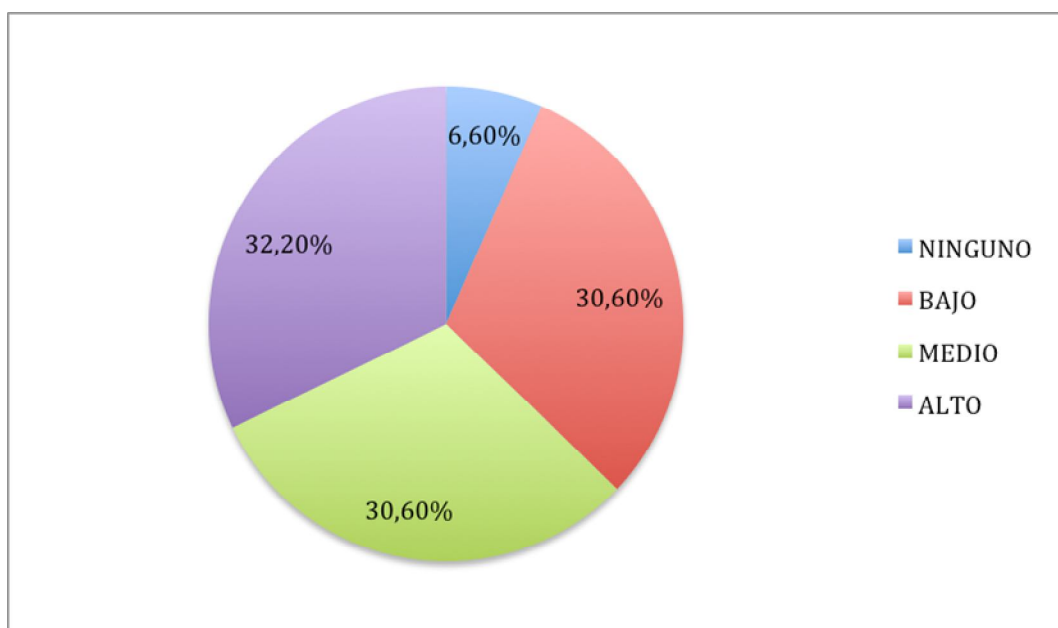


Gráfico 15. Percepción de apoyo social/familiar recibido

Fuente: elaboración propia.

En relación a la percepción del apoyo socio-familiar recibido durante su estancia en prisión, por las mujeres que componen la muestra del estudio, coincide el porcentaje de las que lo perciben tanto bajo como medio (30,6%); aún siendo el mayor grupo el que lo percibe como alto (32,2%). El grupo minoritario lo compone el que lo valora como “ninguno”, (6,6%).

7.5. Variables relacionadas con historial adictivo-drogodependencia y sus tratamientos

Sustancia principal consumida antes del ingreso en prisión

Tabla 22

Sustancia principal antes del ingreso en prisión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Otros	4	3,3	3,3	3,3
Heroína	13	10,7	10,7	14,0
Cocaína en Base	17	14,0	14,0	28,1
Válidos Cocaína en Polvo	14	11,6	11,6	39,7
Heroína + Cocaína	64	52,9	52,9	92,6
Cannabis	9	7,4	7,4	100,0
Total	121	100,0	100,0	

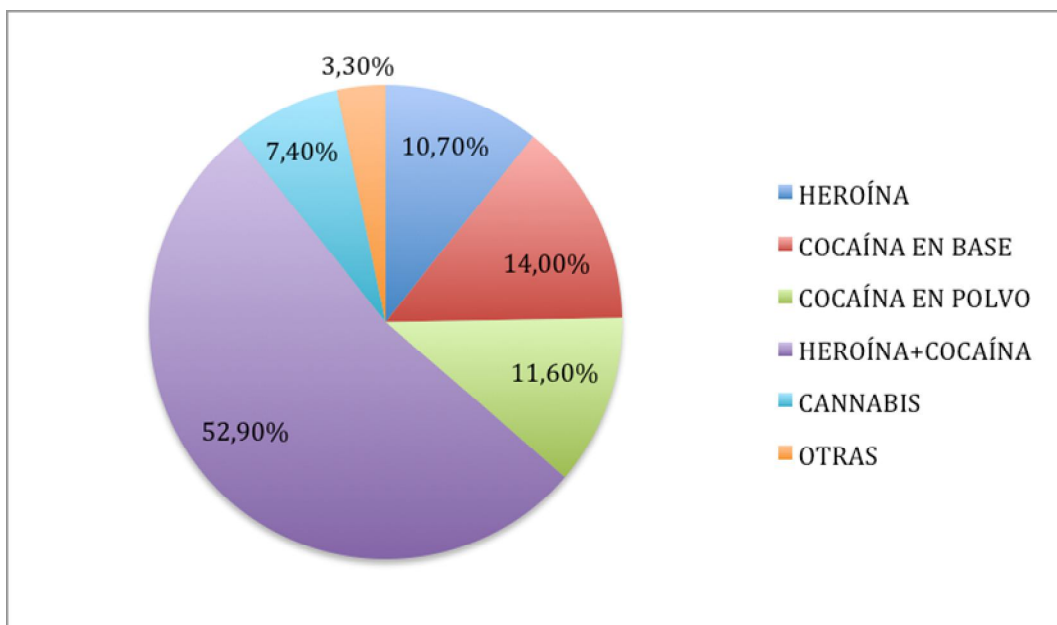


Gráfico 16. Sustancia principal de consumo antes del ingreso en prisión

Fuente: elaboración propia.

Según señala la muestra estudiada el 52,9% consumía como sustancia principal antes del ingreso a prisión cocaína+heroína, denominado comúnmente como speed-ball, seguido de cocaína en base por un 14%, y un 11,6% cocaína en polvo. El 10,7% de la muestra usaba como droga principal la heroína, seguido del 7,4% por el cannabis y por último el 3,3% otras drogas.

Si ha recibido tratamiento para el abandono del consumo de sustancias anterior al ingreso en prisión

Tabla 23

¿Ha tenido usted alguna vez tratamiento de cualquier tipo para dejar o controlar el consumo de drogas anterior al ingreso a prisión?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	85	70,2	70,8	70,8
	No	35	28,9	29,2	100,0
	Total	120	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,8		
Total		121	100,0		

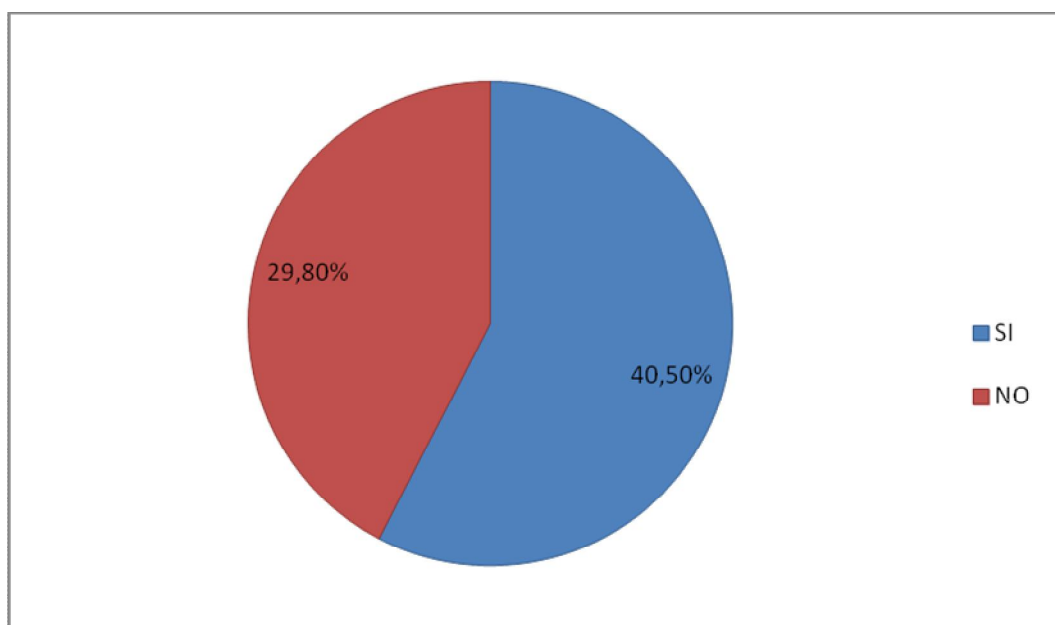


Gráfico 17. Recepción de tratamiento antes del ingreso en prisión

Fuente: elaboración propia

La gran mayoría de las mujeres que componen la muestra recibieron tratamiento destinado al abandono del consumo de drogas antes de su ingreso en prisión (70,2%), frente al 28,9% que no lo recibieron.

Continuó dicho tratamiento tras el ingreso en prisión

Tabla 24

¿Continuó en la prisión el tratamiento que estaba recibiendo estando en libertad?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	49	40,5	57,6	57,6
	No	36	29,8	42,4	100,0
	Total	85	70,2	100,0	
Perdidos	Sistema	36	29,8		
	Total	121	100,0		

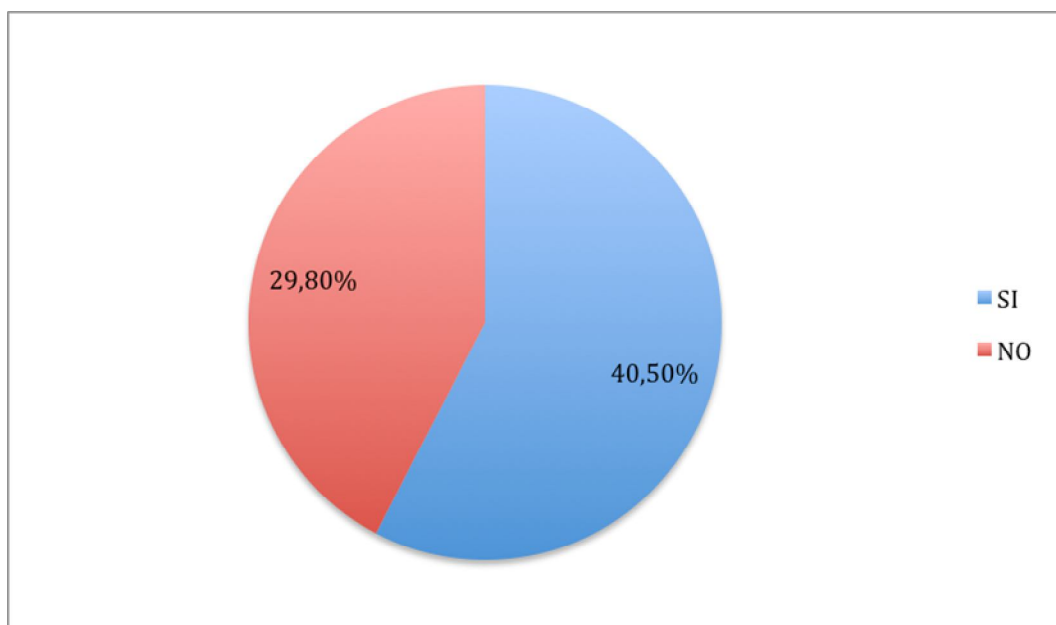


Gráfico 18. Continuación de tratamiento iniciado en libertad tras el ingreso en prisión

Fuente: elaboración propia.

Teniendo en cuenta que se ha dado un 29,8% de casos perdidos, un 40,5% refiere la continuidad del tratamiento iniciado en libertad tras su ingreso en prisión tras un 29,8% que lo interrumpe sin continuarlo.

Tratamiento en la actualidad

Tabla 25

¿Actualmente está en tratamiento para dejar o controlar el consumo de drogas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	63	52,1	52,1	52,1
	No	58	47,9	47,9	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

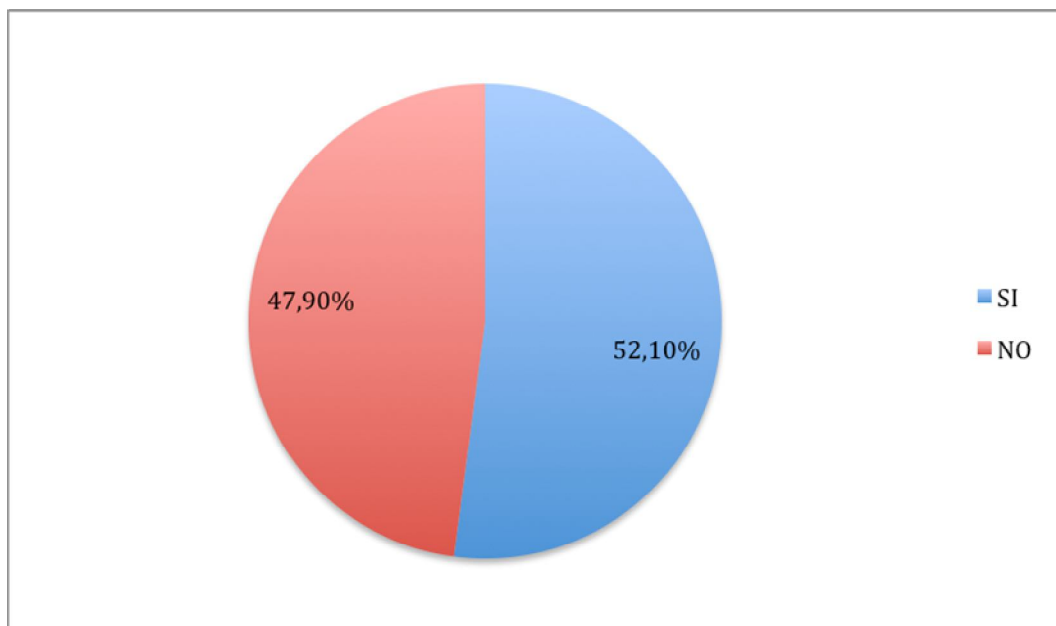


Gráfico 19. Recepción de tratamiento en la actualidad

Fuente: elaboración propia.

Aún siendo prácticamente equitativo, el 52,1% se encuentran actualmente en tratamiento para el abandono del consumo de drogas independientemente de la modalidad de l mismo, frente al 47,9% que no realiza ninguno.

Valoración del tratamiento

Tabla 26

¿Qué valoración global hace de este tratamiento?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mala	3	2,5	5,0	5,0
	Regular	10	8,3	16,7	21,7
	Buena	29	24,0	48,3	70,0
	Muy buena	18	14,9	30,0	100,0
	Total	60	49,6	100,0	
Perdidos	Sistema	61	50,4		
Total		121	100,0		

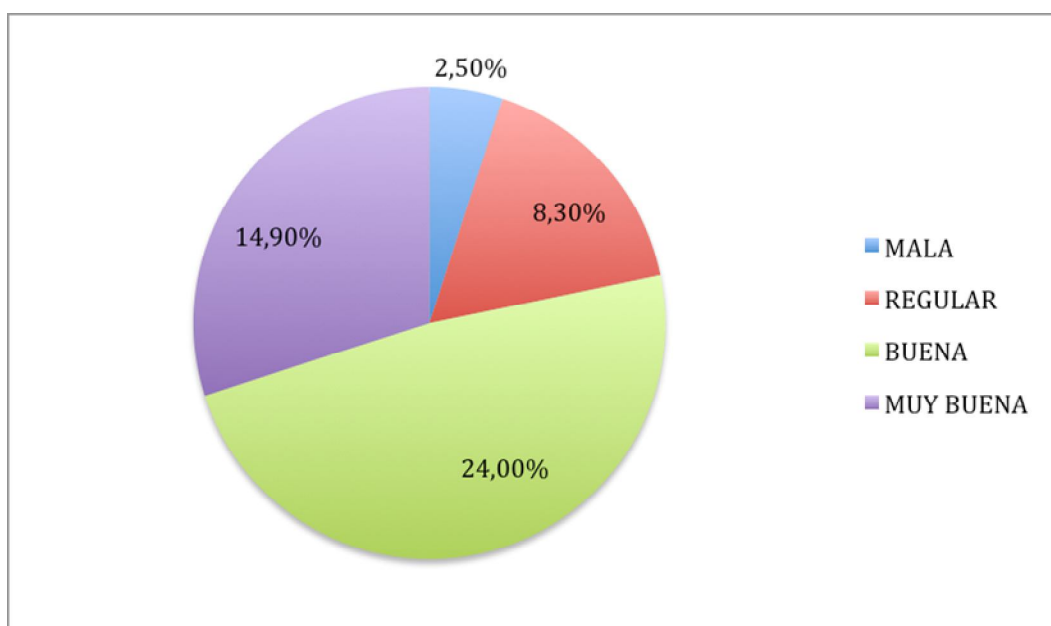


Gráfico 20. Valoración de l tratamiento recibido

Fuente: elaboración propia.

Independientemente de la temporalidad (anterior al ingreso a prisión, su continuidad u otros), un 24% de la población sujeto de estudio valoran el mismo

como bueno, seguido del 14,95 de muy bueno. En el otro extremos encuentra el 8,35 que señala el mismo como regular y un 2,5% como malo.

Estadio de cambio/percepción de situación frente a la relación con las drogas

Tabla 27

Definición de su estado de cambio frente a la relación al consumo de drogas

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No tengo ningún problema con las drogas y no necesito cambiar	15	12,4
	Creo que podrían ayudarme en el problema con las drogas	28	23,1
	He empezado a hacer algo con mi problema con las drogas y necesito más ayuda	27	22,3
	Llevo más de una semana sin consumir y necesito que me sigan ayudando	12	9,9
	Llevo más de seis meses sin consumir	21	17,4
	Varios años sin consumir	15	12,4
	Total	118	97,5
Perdidos	Sistema	3	2,5

		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No tengo ningún problema con las drogas y no necesito cambiar	12,7	12,7
	Creo que podrían ayudarme en el problema con las drogas	23,7	36,4
	He empezado a hacer algo con mi problema con las drogas y necesito más ayuda	22,9	59,3
	Llevo más de una semana sin consumir y necesito que me sigan ayudando	10,2	69,5
	Llevo más de seis meses sin consumir	17,8	87,3
	Varios años sin consumir	12,7	100,0
	Total	100,0	
Perdidos	Sistema		
Total		121	100,0

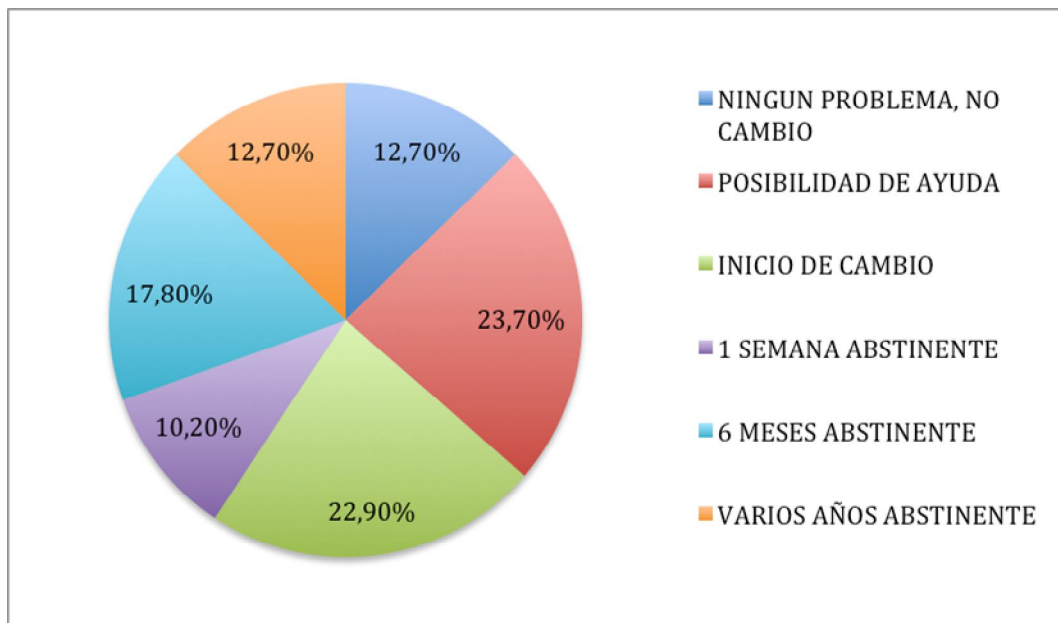


Gráfico 21. Estadío de cambio/percepción frente al consumo/abstinencia

Fuente: elaboración propia.

Si bien esta variable no nos define de forma adecuada el estadio de cambio según el modelo transteórico de cambio de Prochaska y DiClemente (1982), sin pretensión de confundir los resultados/conceptos, si no indica la percepción de motivación tanto al cambio en el abandono como en la abstinencia sostenida. Un 23,7% considera que podrían ayudarle en su problema/relación con el consumo de drogas; el 22,9% refiere que aunque ya ha iniciado un cambio de conducta favoreciendo la abstinencia necesita más ayuda. En cuanto a la abstinencia sostenida, según el tiempo de la misma, el 10,2% se encuentra más de una semana abstinente, el 17,8% supera los seis meses y el 17,8% varios años. El 12,7% considera que no tiene un problema con el consumo de drogas, esta afirmación no discrimina las posibles mujeres que se encuentren en el estadio de cambio de precontemplación, como las que se encuentran en acción y mantenimiento sin percepción de mantener ayuda/tratamiento (Prochaska y DiClemente, 1982; Turbi, 2008).

7.6. Variables en relación a la salud mental y sus tratamientos

Sintomatología depresiva

Tabla 28

Me encuentro deprimida, triste y vacía sin causa o motivo aparente o fuerte

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	81	66,9	69,2	69,2
	No	36	29,8	30,8	100,0
	Total	117	96,7	100,0	
Perdidos	Sistema	4	3,3		
Total		121	100,0		

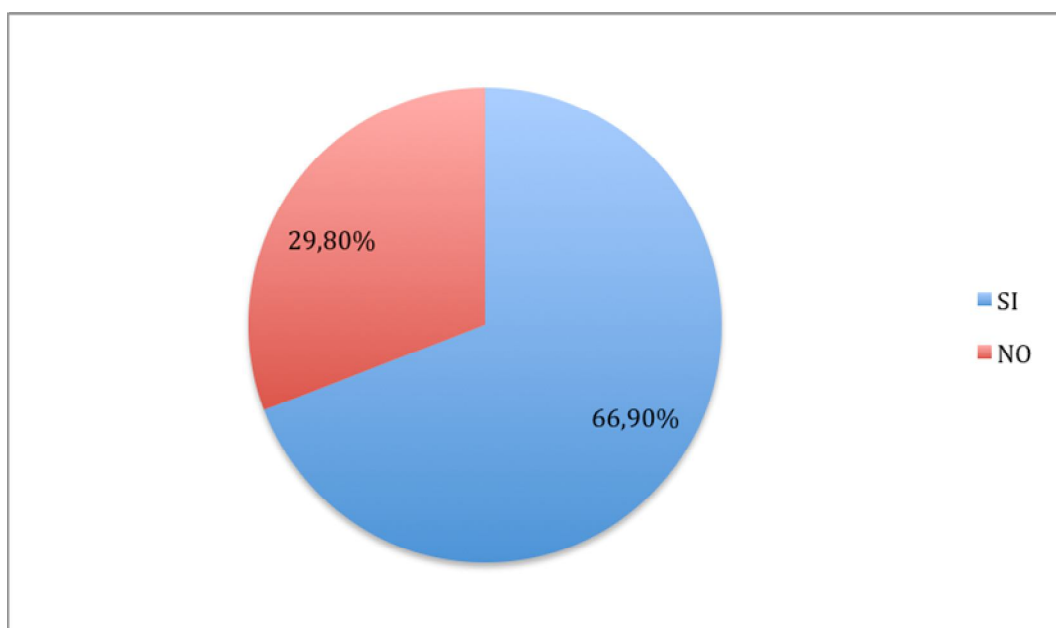


Gráfico 22. Presencia de sintomatología depresiva

Fuente: elaboración propia.

El 66,9% de la mujeres refieren la presencia de sintomatología depresiva frente a un 29,8%, que no indican dichos síntomas.

Sintomatología ansiosa

Tabla 29

Suelo estar nerviosa, ansiosa, intranquila, tensa, etc. con miedo o temor continuo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	78	64,5	67,8	67,8
	No	37	30,6	32,2	100,0
	Total	115	95,0	100,0	
Perdidos	Sistema	6	5,0		
Total		121	100,0		

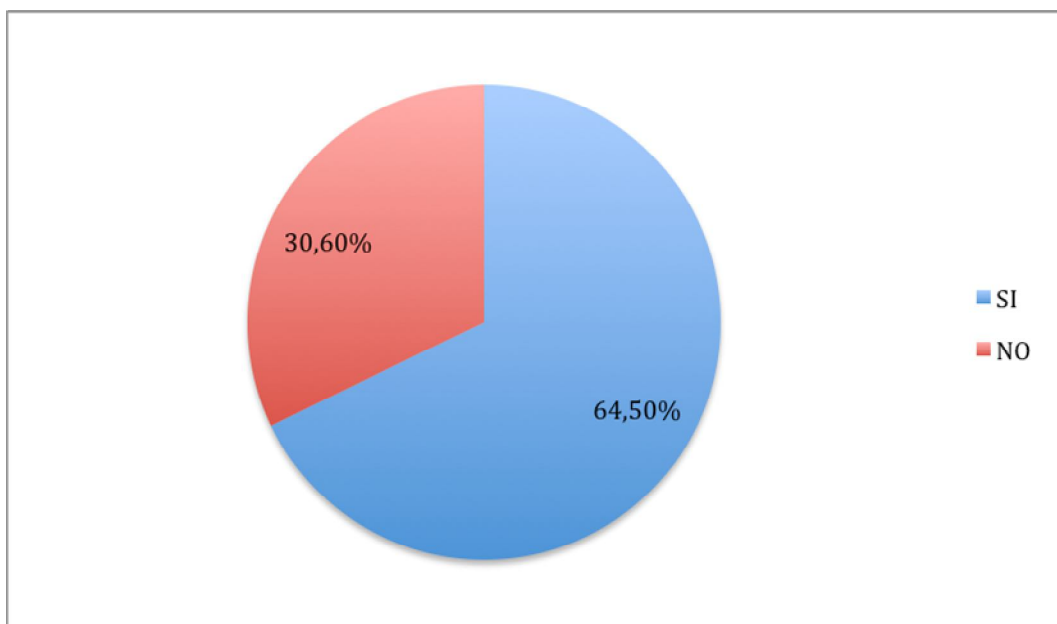


Gráfico 23. Presencia de sintomatología ansiosa

Fuente: elaboración propia.

Un 64,5% refiere haber padecido sintomatología compatible con ansiedad frente al 30,6% que no.

Sintomatología relacionada con deterioro en funciones cognitivas

Tabla 30

Me olvido con facilidad las cosas o me cuesta concentrarme

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	86	71,1	72,9	72,9
	No	32	26,4	27,1	100,0
	Total	118	97,5	100,0	
Perdidos	Sistema	3	2,5		
Total		121	100,0		

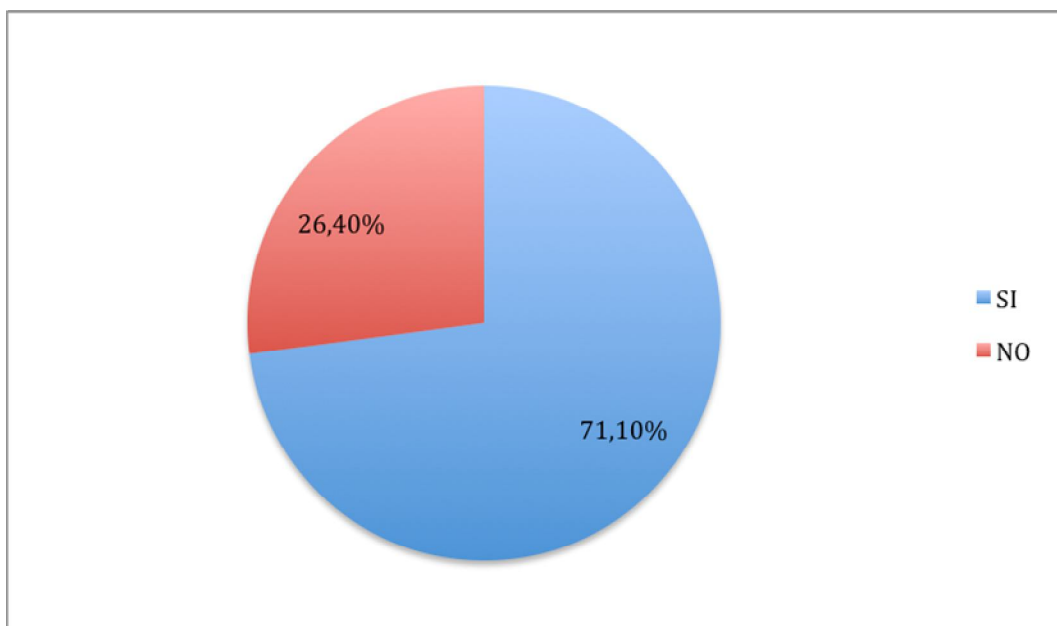


Gráfico 24. Presencia de deterioro cognitivo

Fuente: elaboración propia.

La gran mayoría, un 71,1% refiere signos que indican dificultades / deterioro cognitivo frente al 26,4% que no lo indica.

Sintomatología psicótica

Tabla 31

Escucho voces en mi cabeza o he oído voces sin que haya nadie alrededor. Siento que me espían o persiguen más de lo normal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Sí	21	17,4	18,3	18,3
Válidos	No	94	77,7	81,7	100,0
	Total	115	95,0	100,0	
Perdidos	Sistema	6	5,0		
Total		121	100,0		

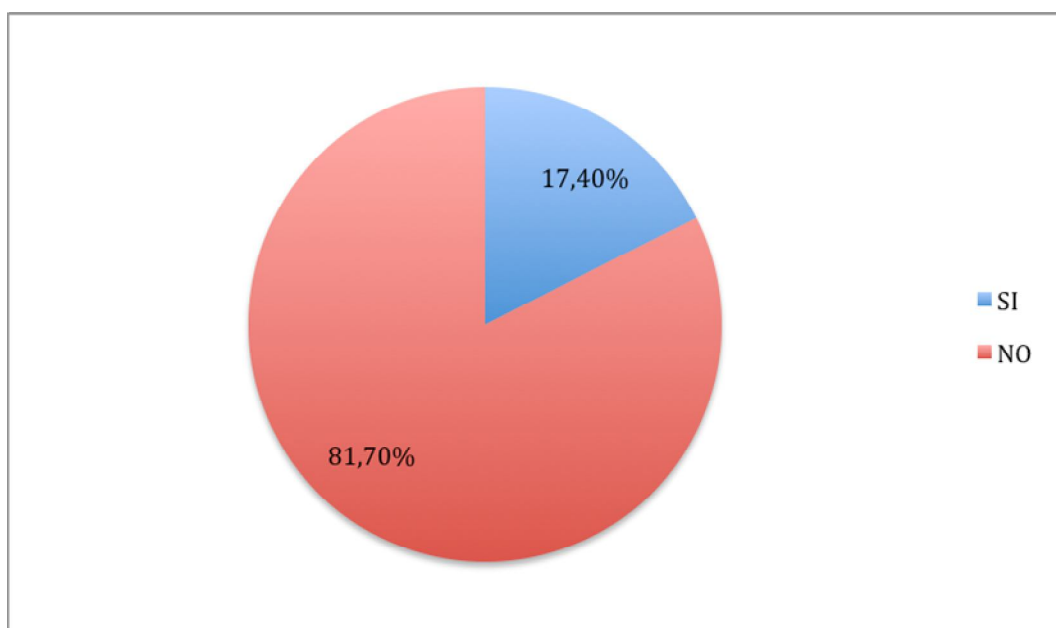


Gráfico 25. Presencia de sintomatología psicótica

Fuente: elaboración propia.

En esta ocasión y en relación a la sintomatología relacionada con la posibilidad y evidencias de trastornos de tinte psicóticos, un 81,7% no lo han referenciado, frente al 17,4% que si indican que si lo han percibido/padecido.

Conductas de ira/agresividad. Dificultad en el control de los impulsos

Tabla 32

Cuando me enfado o no consigo lo que quiero, me salen insultos, rompo cosas, amenazo o agredo a alguien

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	32	26,4	28,8	28,8
	No	79	65,3	71,2	100,0
	Total	111	91,7	100,0	
Perdidos	Sistema	10	8,3		
Total		121	100,0		

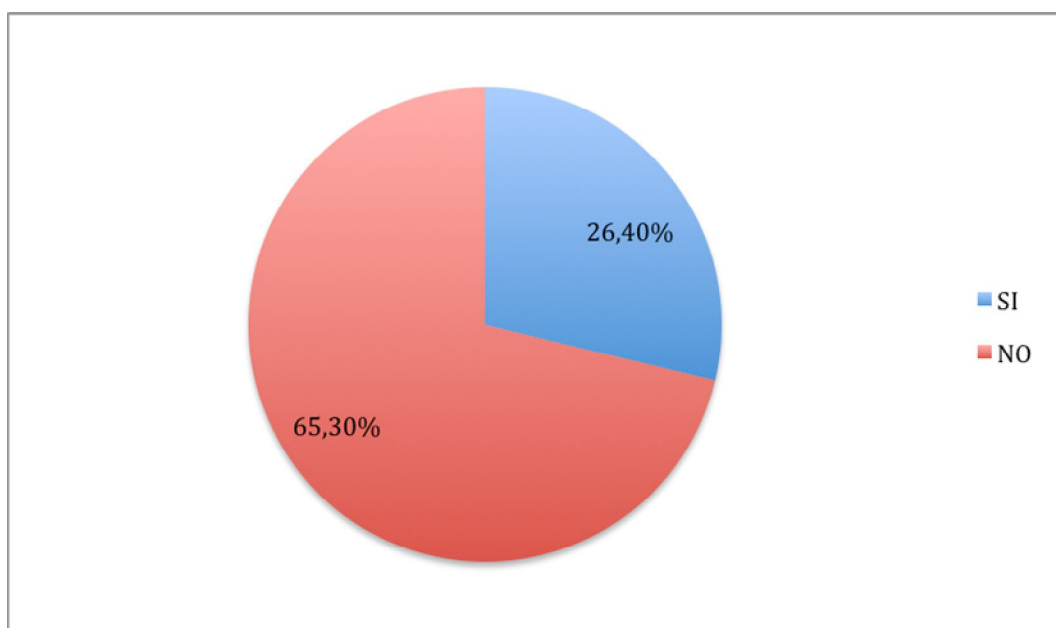


Gráfico 26. Dificultad en el control de los impulsos; ira/agresividad

Fuente: elaboración propia.

Lo mas frecuente es al ausencia de dichas conductas ya que el 65,3% refiere que no las ha manifestado frente al 26,4% que si.

Presencia de trastorno de personalidad (antisocial, límite o histriónico)

Tabla 33

En alguna ocasión me han diagnosticado la personalidad antisocial, límite o histriónico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Sí	32	26,4	27,8	27,8
Válidos	No	83	68,6	72,2	100,0
	Total	115	95,0	100,0	
Perdidos	Sistema	6	5,0		
Total		121	100,0		

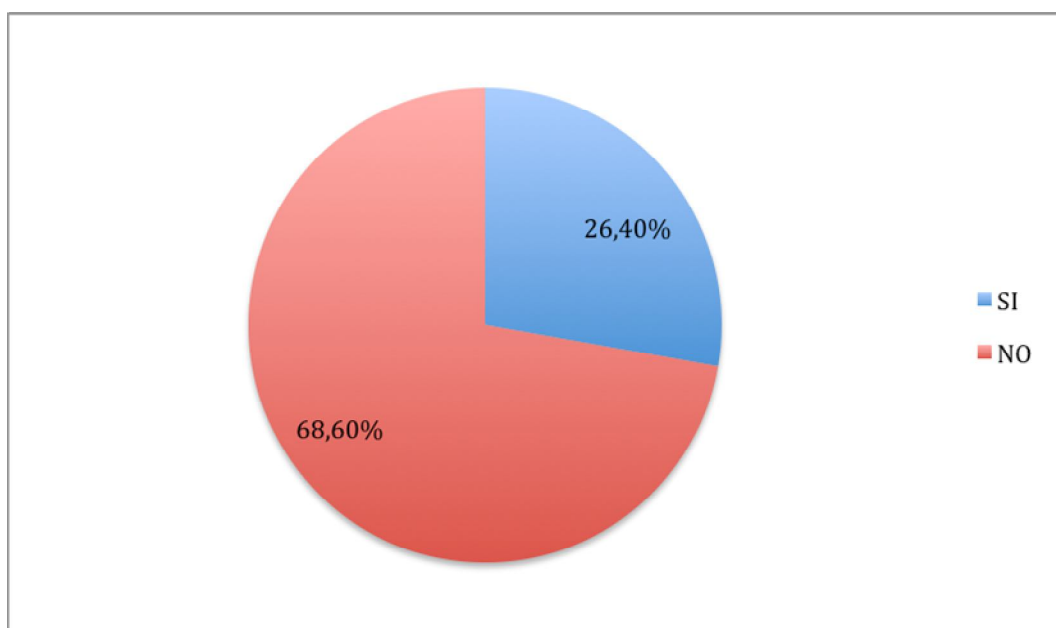


Gráfico 27. Presencia de trastorno de personalidad (antisocial, límite o histriónico)

Fuente: elaboración propia.

El 68,6% de las encuestadas informa que no ha sido diagnosticada de trastorno de personalidad (incluidos en clúster B, excluyendo el narcisista siendo menos común en población femenina) (APA, 2014), esto no indica que no lo padezca, frente al 26,4% que si lo padece y es conocedora de su diagnóstico.

Trastorno de conducta alimentaria, TCA: tipo anorexia

Tabla 34

He perdido peso mediante dietas exageradas, ayunando o haciendo ejercicios intensos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Sí	31	25,6	26,3	26,3
Válidos	No	87	71,9	73,7	100,0
	Total	118	97,5	100,0	
Perdidos	Sistema	3	2,5		
Total		121	100,0		

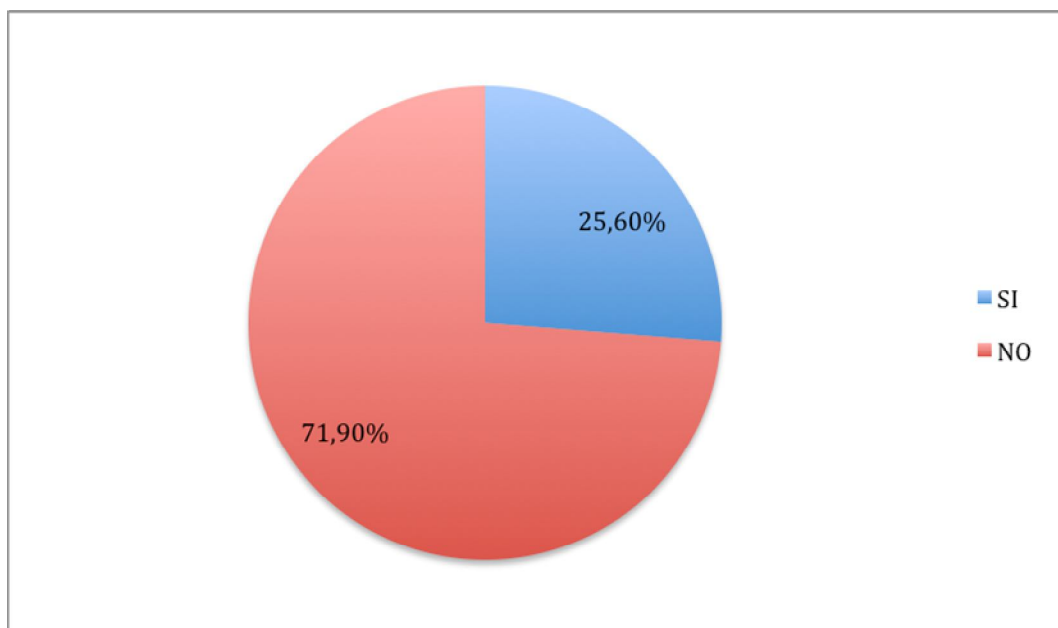


Gráfico 28. Presencia de trastorno de la conducta alimentaria, (tipo anorexia)

Fuente: elaboración propia.

El 71,9% no refiere signos relacionados con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), tipo anorexia, si bien el 25,6% si informa de la presencia de los mismos.

Trastorno de conducta alimentaria, TCA: tipo bulimia

Tabla 35

Hay periodos que tras meterme atracones de comida me siento mal y vomito de forma continua

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Sí	29	24,0	24,8	24,8
Válidos	No	88	72,7	75,2	100,0
	Total	117	96,7	100,0	
Perdidos	Sistema	4	3,3		
Total		121	100,0		

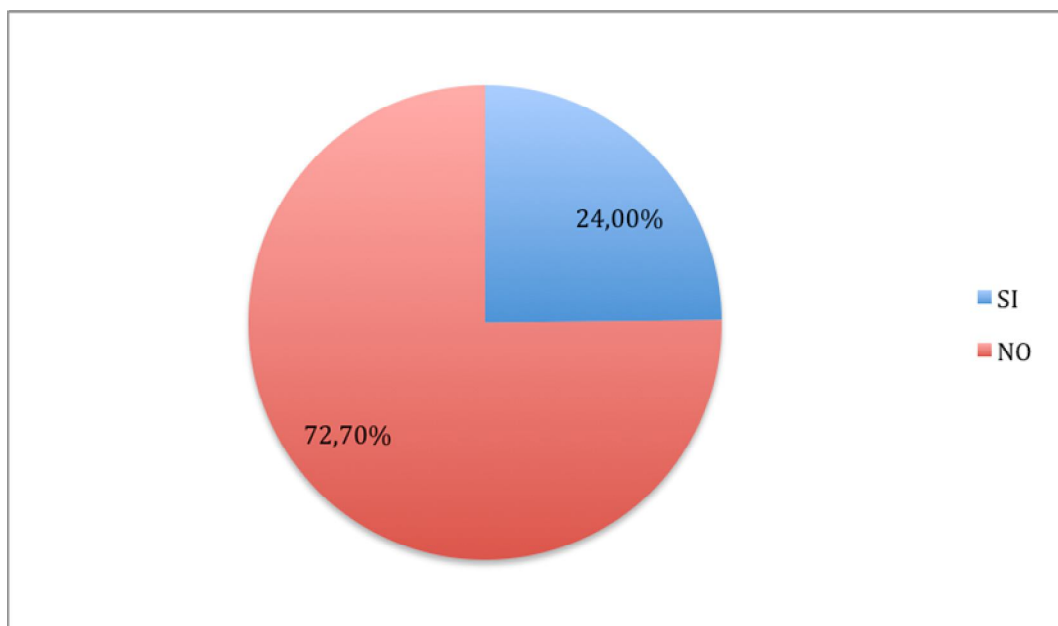


Gráfico 29. Presencia de trastorno de la conducta alimentaria, (tipo bulimia)

Fuente: elaboración propia.

En semejanza a los síntomas relacionados con la presencia TCA, tipo anorexia, ocurre lo mismo con los de tipo bulímico, el 72,7% no refiere su presencia frente al 24% que si informa de haberlos padecido.

Intento de suicidio

Tabla 36

Alguna vez he realizado alguna cosa para morirme de verdad y terminar con mi sufrimiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	55	45,5	46,6	46,6
	No	63	52,1	53,4	100,0
	Total	118	97,5	100,0	
Perdidos	Sistema	3	2,5		
Total		121	100,0		

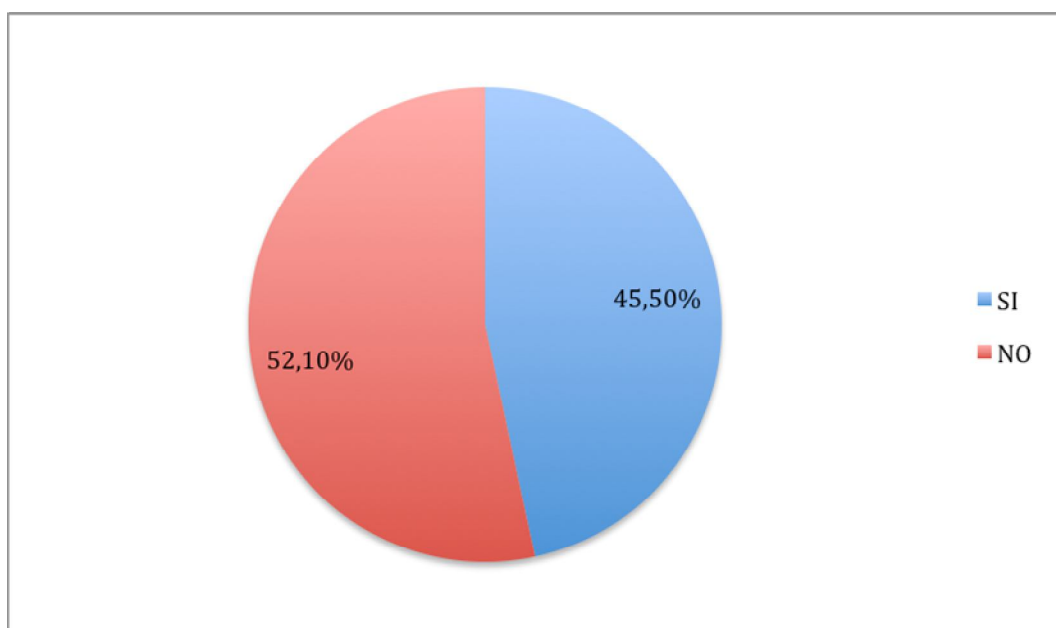


Gráfico 30. Presencia de conductas suicidas

Fuente: elaboración propia.

Si bien la mayor frecuencia en relación a intento de suicidio se encuentra en el no (52,1%), frente al 45,5% que sí, el dato es alarmante ya que resalta el porcentaje frente a la población general (Turbi y Llopis, en prensa).

Autolesiones

Tabla 37

Alguna vez me he golpeado o lesionado para hacerme daño a mí misma

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	40	33,1	33,6	33,6
	No	79	65,3	66,4	100,0
	Total	119	98,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,7		
Total		121	100,0		

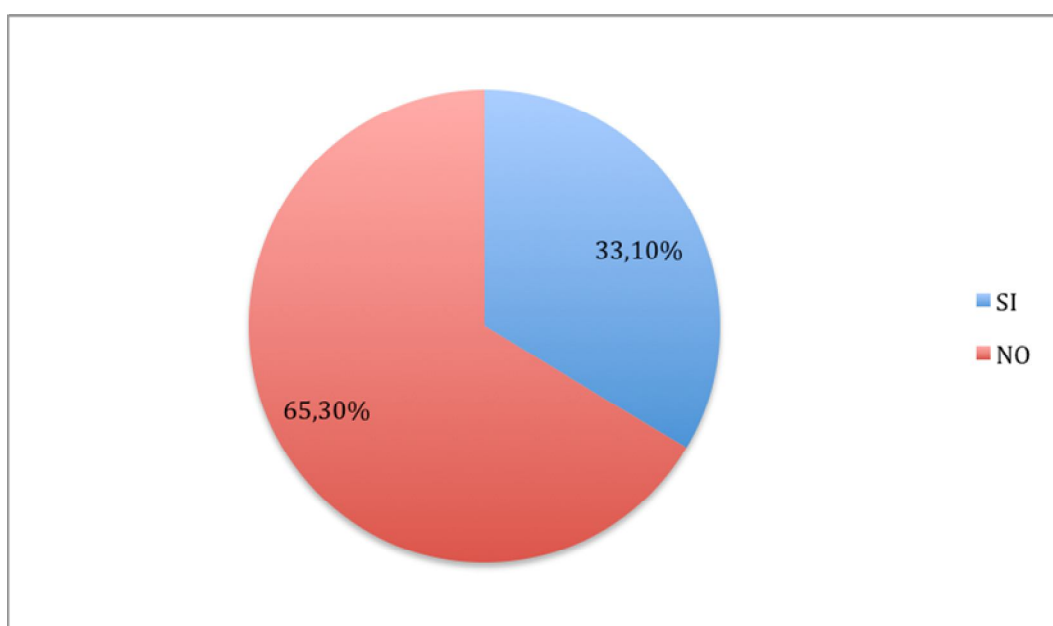


Gráfico 31. Presencia de conductas autolesivas

Fuente: elaboración propia.

El 33,1% de la muestra refiere que se ha autolesionado en alguna ocasión frente al 65,3% que no lo ha hecho.

Tratamiento recibido en la actualidad para problemática psicológica / psiquiátrica y tipo del mismo

Tabla 38

Recibo tratamiento o tomo algo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	88	72,7	72,7	72,7
	No	33	27,3	27,3	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

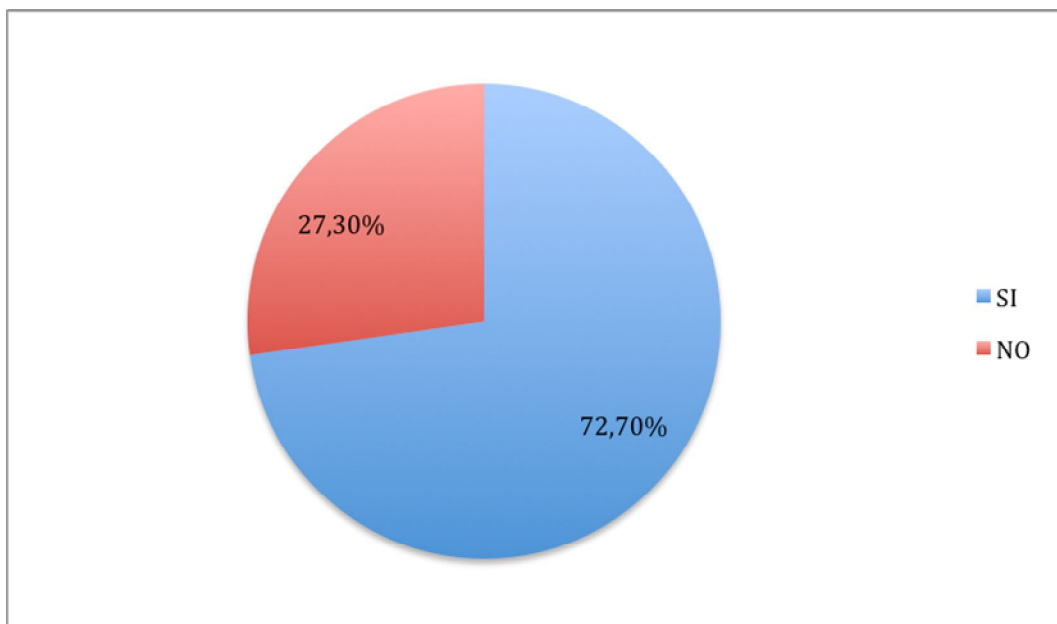


Gráfico 32. Tratamiento en la actualidad para problemas psiquiátricos

Fuente: elaboración propia.

El 72,7% recibe o se trata de algún modo dicha sintomatología, independientemente de la modalidad, frente al 27,3 que no es tratada.

Tabla 39

Automedicación (las que me recomiendan las amigas, compañeras u otras personas de mi entorno)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	9	7,4	14,8	14,8
	No	52	43,0	85,2	100,0
	Total	61	50,4	100,0	
Perdidos	Sistema	60	49,6		
Total		121	100,0		

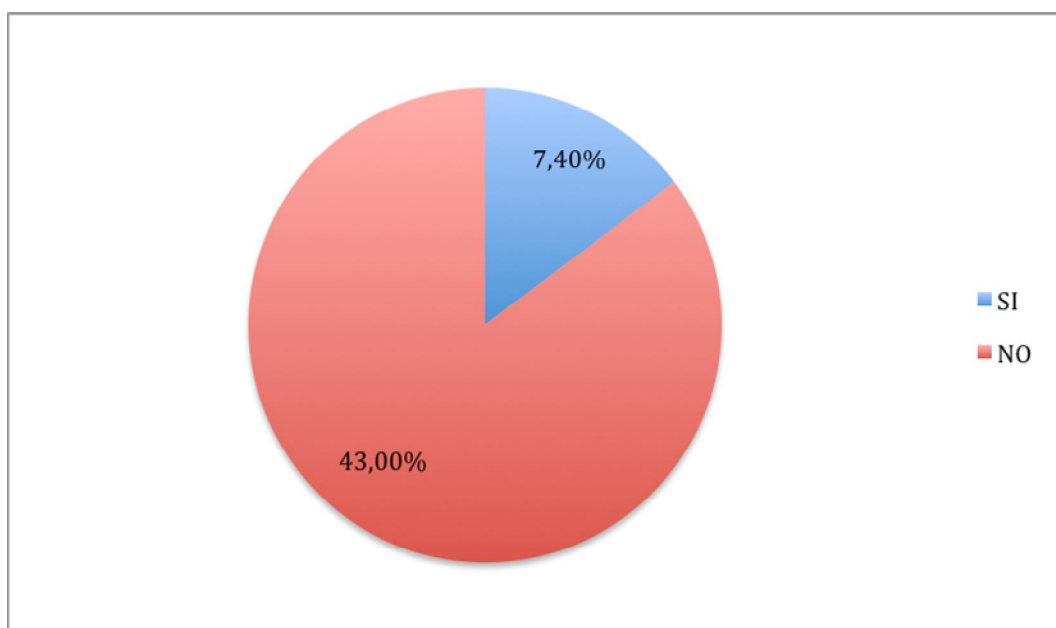


Gráfico 33. Tratamiento automedicación para problemas psiquiátricos

Fuente: elaboración propia

De las que responden a esta cuestión (49,6% perdidos), el 43% no se automedica frente al 7,4% que si lo hace.

Tabla 40

Tratamiento Farmacológico (sólo las que me receta el médico/psiquiatra o servicio asistencial sanitario)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	77	63,6	93,9	93,9
	No	5	4,1	6,1	100,0
	Total	82	67,8	100,0	
Perdidos	Sistema	39	32,2		
Total		121	100,0		

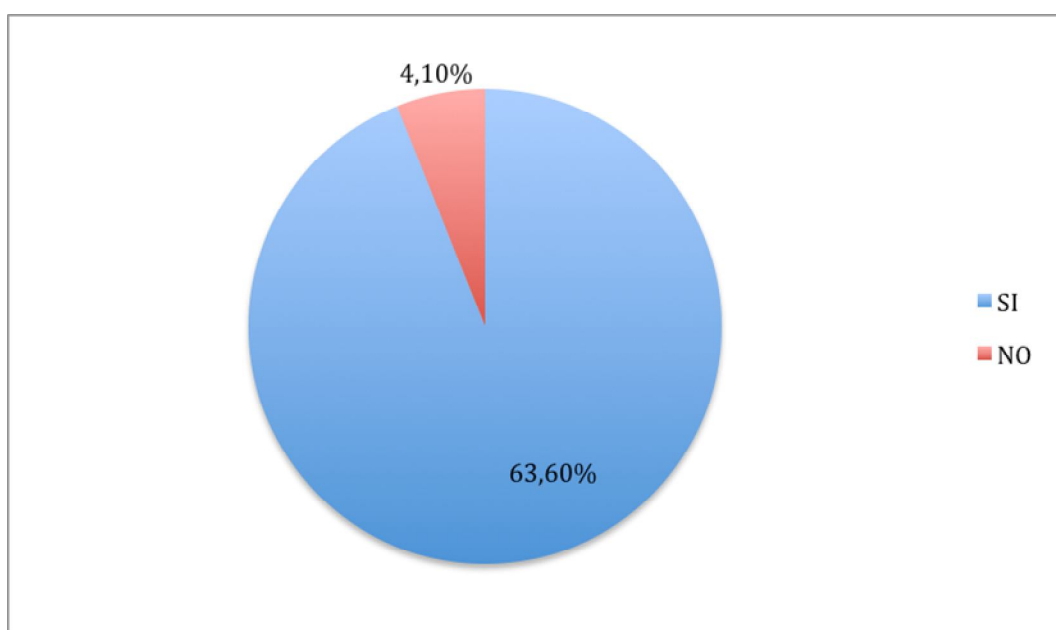


Gráfico 34. Tratamiento farmacológico para problemas psiquiátricos

Fuente: elaboración propia

De las respuestas obtenidas, el 63,6% son tratadas farmacológicamente por facultativos frente al 4,1% que no lo son. (el 32,2% perdidos).

Tabla 41

Recibo tratamiento con el Psicólogo/a

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	28	23,1	36,4	36,4
	No	49	40,5	63,6	100,0
	Total	77	63,6	100,0	
Perdidos	Sistema	44	36,4		
Total		121	100,0		

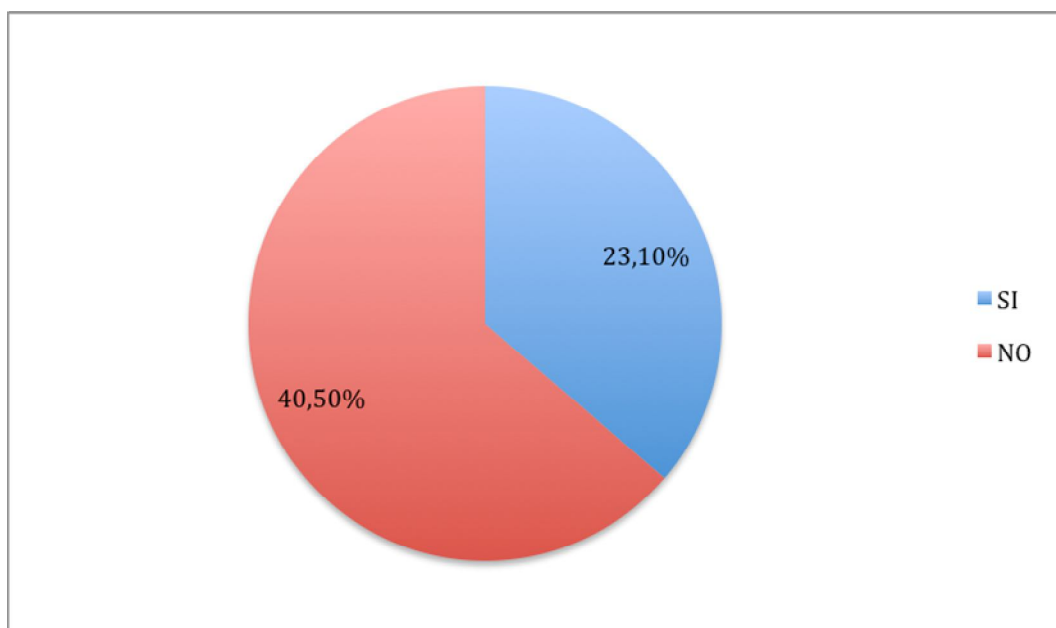


Gráfico 35. Tratamiento psicológico para problemas psiquiátricos

Fuente: elaboración propia

Independientemente de los casos perdidos, la gran mayoría no recibe tratamiento psicológico, el 40,5% frente al 23,1% que si lo recibe.

7.7. Otras variables

Malos tratos recibidos (víctima de los mismos)

Tabla 42

Malos tratos recibidos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	87	71,9	72,5	72,5
	Si	33	27,3	27,5	100,0
	Total	120	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,8		
Total		121	100,0		

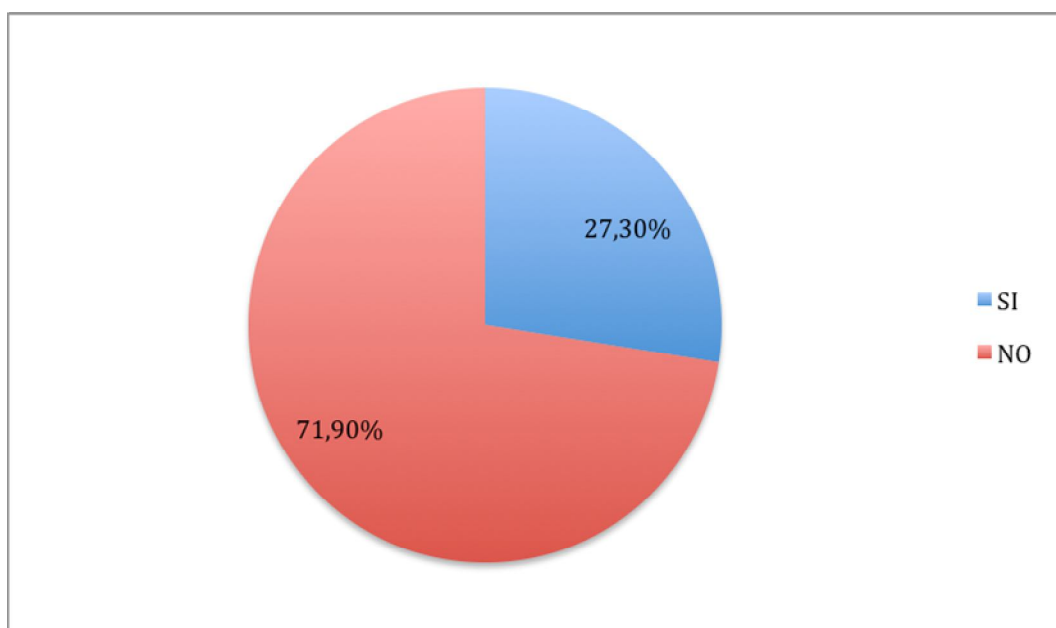


Gráfico 36. Víctima de malos tratos

Fuente: elaboración propia

Un 71,9% de las mujeres de la muestra no ha sido víctima de malos tratos frente a un 27,3% que si lo ha sido (no se especifica el momento de los malos tratos ni el actor/a o actores de los mismos).

**Antecedentes familiares en relación al consumo de alcohol y/u otras drogas
(se incluye padre/madre, hermanos y parejas)**

Tabla 43

Alguno de sus familiares tiene o ha tenido algún problema con el alcohol y/o otras drogas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	83	68,6	69,2	69,2
	No	37	30,6	30,8	100,0
	Total	120	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,8		
Total		121	100,0		

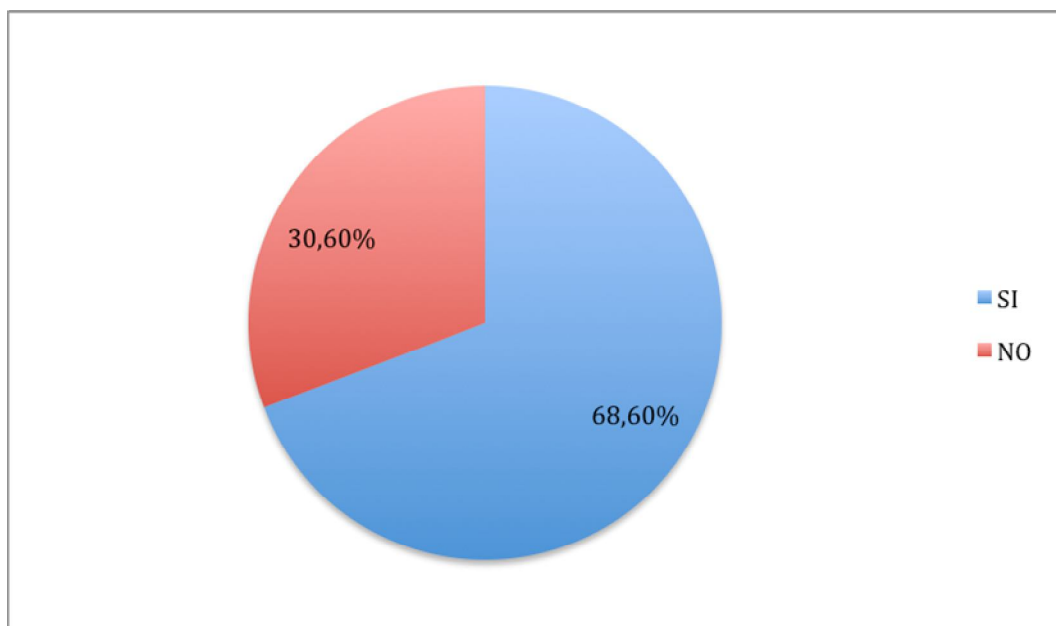


Gráfico 37. Presencia de antecedentes familiares/pareja de alcohol/otras drogas

Fuente: elaboración propia

Se da un mayor porcentaje (68,6%), de mujeres que si informan de tener familiares (padre/madre y/o hermanos/as) y/o pareja tanto anteriores como

actuales con presencia de problemas relacionados con el alcohol u otras drogas de abuso frente al 30,6% que no refieren dichos antecedentes.

CAPÍTULO 8. RESULTADOS: MOTIVOS DE RECAÍDAS Y VARIABLES INFLUYENTES

En el siguiente capítulo, se muestran los resultados obtenidos tras el análisis estadístico entre los motivos de recaídas estudiados y las relaciones encontradas con las variables seleccionadas.

El análisis de los resultados ha sido estadístico, utilizando el programa IBM SPSS v21.

En un primer lugar se analizan los porcentajes de cada uno de los motivos de recaídas estudiados en la muestra seleccionada: Posteriormente y teniendo en cuenta las variables (categóricas/ cualitativas), se consideró apropiados para el análisis de los datos la elección de dos estadísticos:

- La prueba **Chi² de Pearson**, con la intención de probar la asociación entre variables (significación estadística tanto al 10% como al 5%): motivos de recaídas con el resto de variables seleccionadas descritas con anterioridad.
- De los resultados con significación estadística se calcularon posteriormente los **residuos tipificados corregidos** con el fin de afinarla interpretación de la asociación estadística mediante la prueba Chi².

Como aparece en las en las siguientes tablas de resultados, no se ha tenido en cuenta en el análisis la variables perfiles adictivos identificados en la muestra, ya que únicamente en un primer análisis realizado se observó que sólo existía significación estadística según la prueba Chi² para el motivo 1 de recaída, debido esto posiblemente a la propia sustancia principal de consumo y efectos en el síndrome de abstinencia como es la heroína en las mujeres identificadas en el perfil “en programa de mantenimiento de metadona”, (PMM), por lo que para homogeneizar dichos resultados se tuvo en cuenta la variable Motivos de recaídas con el resto.

Por último y teniendo en cuenta la naturaleza del estudio, siendo éste transversal, los resultados no permiten establecer causalidad, ya que para esto sería necesario realizar estudios longitudinales.

8.1. Motivos recaídas

8.1.1. Motivo 1: deseo incontrolable de consumir la sustancia, (craving)

Tabla 44

Deseo incontrolable de consumir la sustancia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	88	72,7	72,7	72,7
Válidos SI	33	27,3	27,3	100,0
Total	121	100,0	100,0	

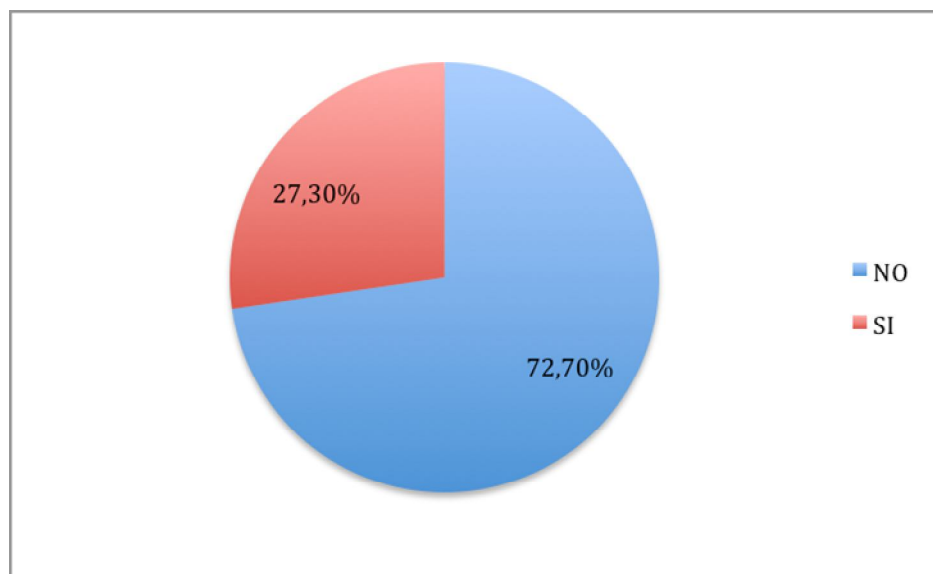


Gráfico 38. Motivo 1

Fuente: elaboración propia

8.1.2. Motivo 2. Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia

Tabla 45

Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	98	81,0	81,0	81,0
Válidos SI	23	19,0	19,0	100,0
Total	121	100,0	100,0	

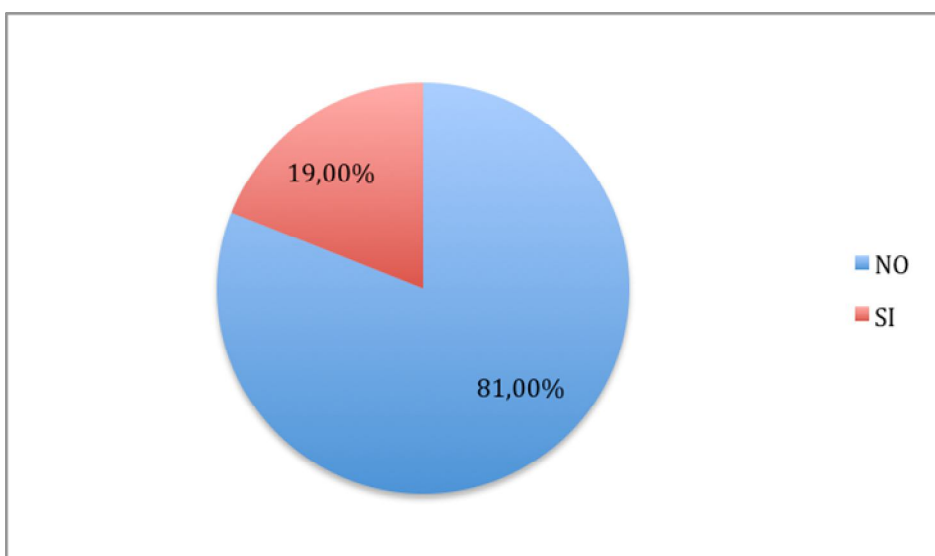


Gráfico 39. Motivo 2

Fuente: elaboración propia

8.1.3. Motivo 3. Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...

Tabla 46

Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	57	47,1	47,1	47,1
Válidos SI	64	52,9	52,9	100,0
Total	121	100,0	100,0	

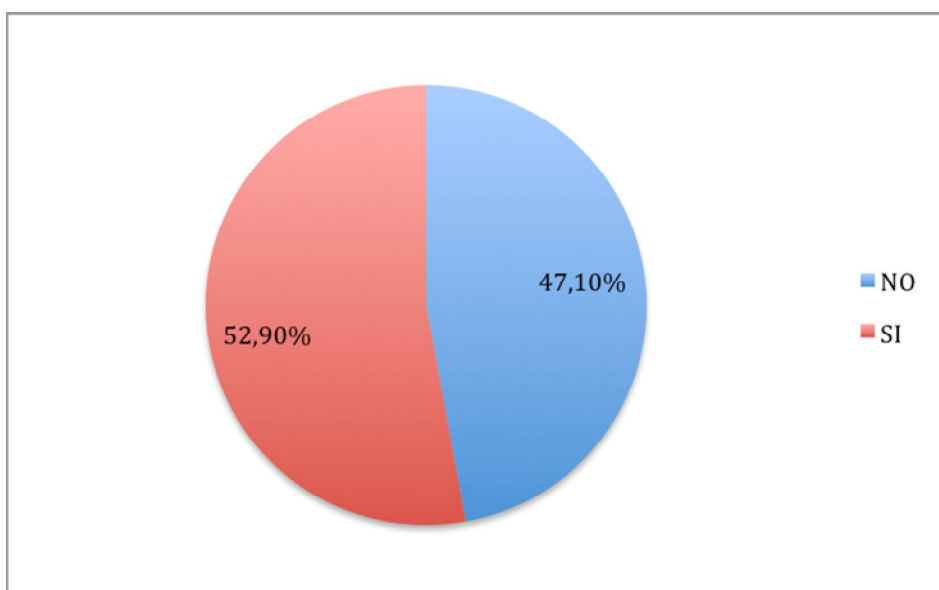


Gráfico 40. Motivo 3

Fuente: elaboración propia

8.1.4. Motivo 4. Ingreso en prisión

Tabla 47

Ingreso en prisión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	87	71,9	71,9	71,9
Válidos SI	34	28,1	28,1	100,0
Total	121	100,0	100,0	

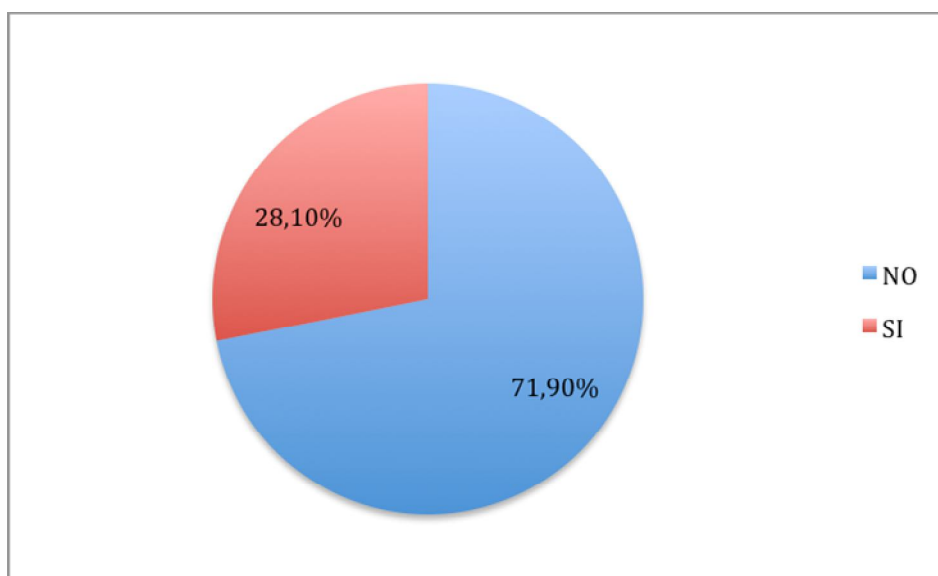


Gráfico 41. Motivo 4

Fuente: elaboración propia

8.1.5. Motivo 5. Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as

Tabla 48

Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	94	77,7	77,7	77,7
Válidos SI	27	22,3	22,3	100,0
Total	121	100,0	100,0	

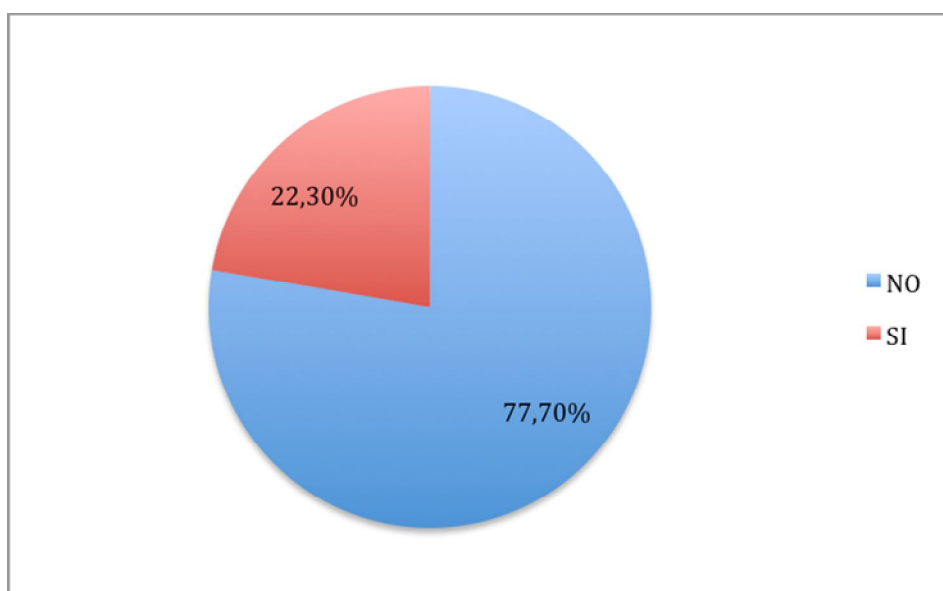


Gráfico 42. Motivo 5

Fuente: elaboración propia

8.1.6. Motivo 6. Salida de prisión y volver al entorno anterior

Tabla 49

Salida de prisión y volver al entorno anterior

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	94	77,7	77,7	77,7
Válidos SI	27	22,3	22,3	100,0
Total	121	100,0	100,0	

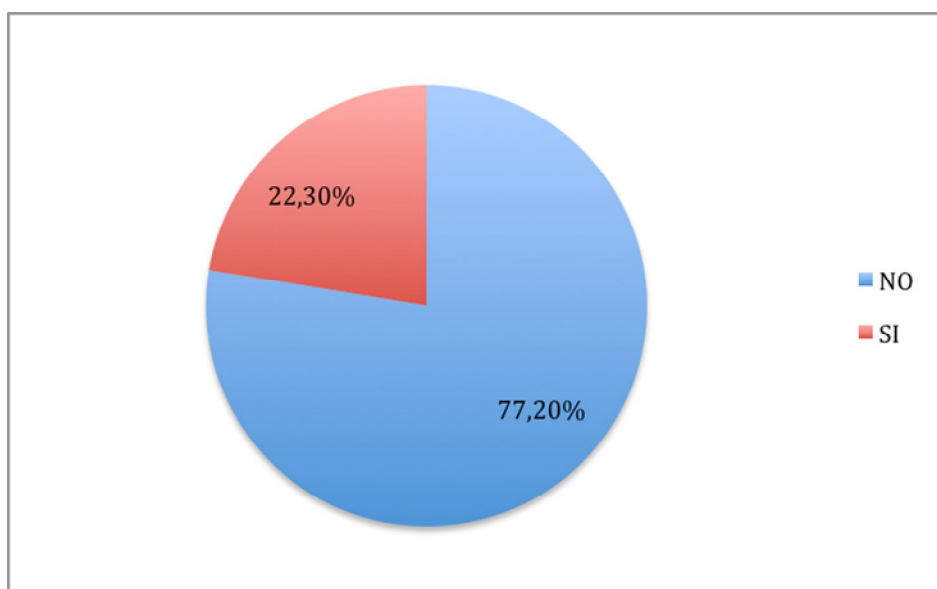


Gráfico 43. Motivo 6

Fuente: elaboración propia

8.1.7. Motivo 7. Presencia de problemas sociales

Tabla 50

Presencia de problemas sociales

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	101	83,5	83,5	83,5
Válidos SI	20	16,5	16,5	100,0
Total	121	100,0	100,0	

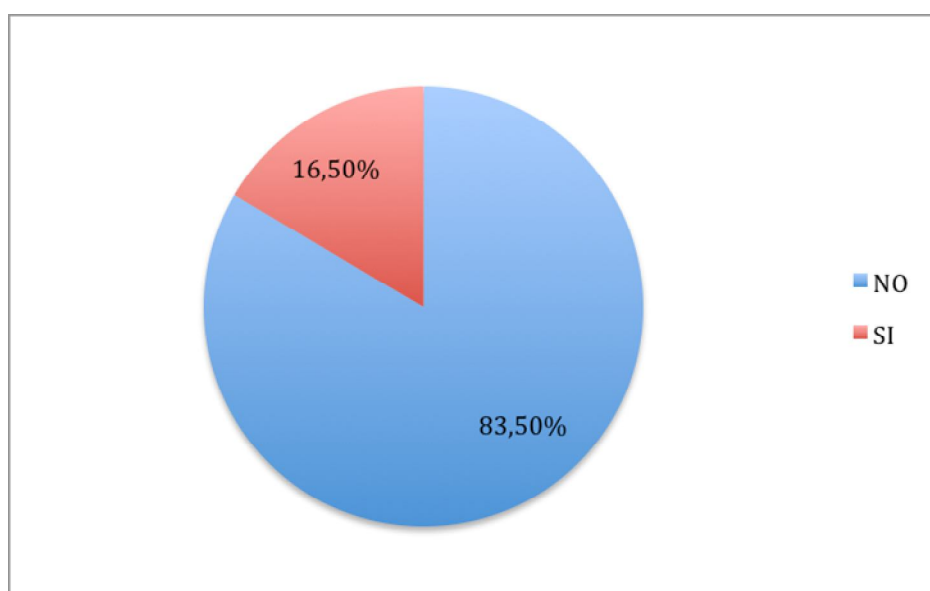


Gráfico 44. Motivo 7

Fuente: elaboración propia

8.1.8. Motivo 8. Presencia de problemas familiares

Tabla 51

Presencia de problemas familiares

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	92	76,0	76,0	76,0
Válidos SI	29	24,0	24,0	100,0
Total	121	100,0	100,0	

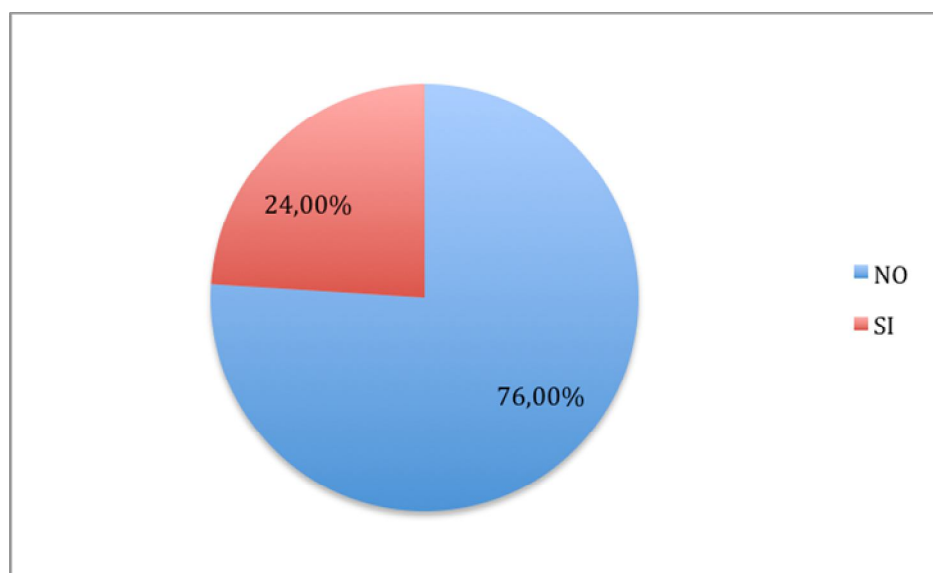


Gráfico 45. Motivo 8

Fuente: elaboración propia

8.1.9. Motivo 9. Presencia de problemas con la pareja

Tabla 52

Presencia de problemas con la pareja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	99	81,8	81,8	81,8
Válidos SI	22	18,2	18,2	100,0
Total	121	100,0	100,0	

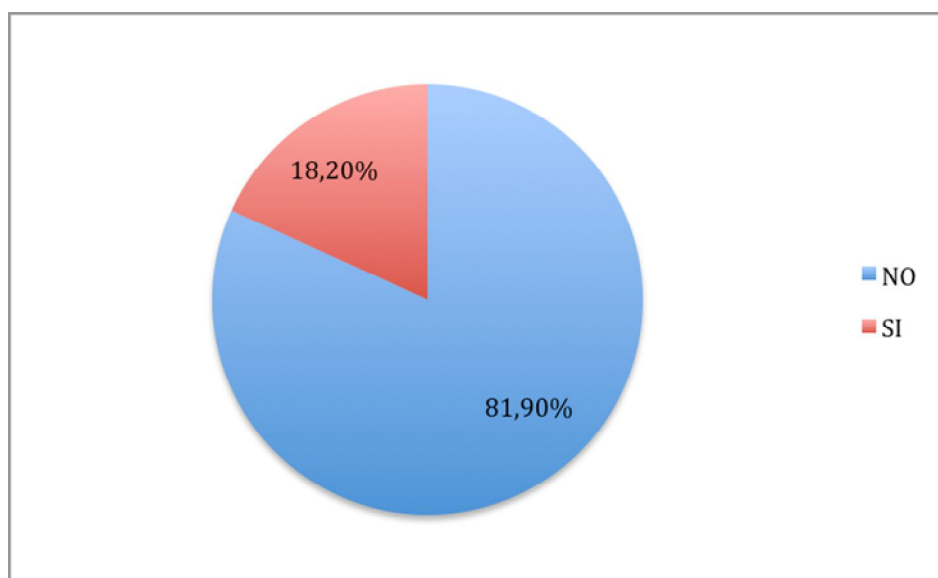


Gráfico 46. Motivo 9

Fuente: elaboración propia

8.1.10. Motivo 10. Por no querer afrontar mi realidad día a día

Tabla 53

Por no querer afrontar mi realidad del día a día

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	80	66,1	66,1	66,1
Válidos SI	41	33,9	33,9	100,0
Total	121	100,0	100,0	

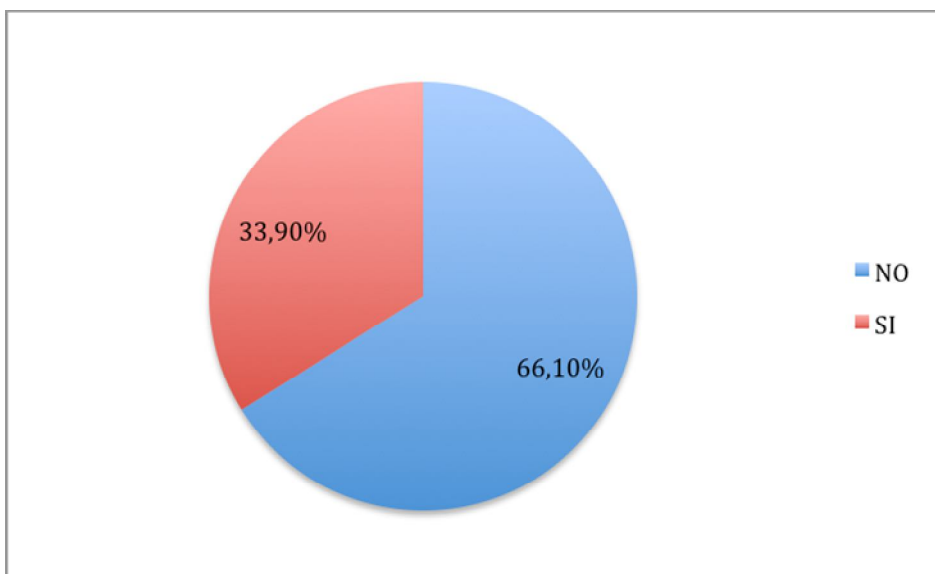


Gráfico 47. Motivo 10

Fuente: elaboración propia

8.1.11. Otros motivos

Tabla 54

Otros Motivos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	116	95,9	95,9	95,9
Válidos SI	5	4,1	4,1	100,0
Total	121	100,0	100,0	

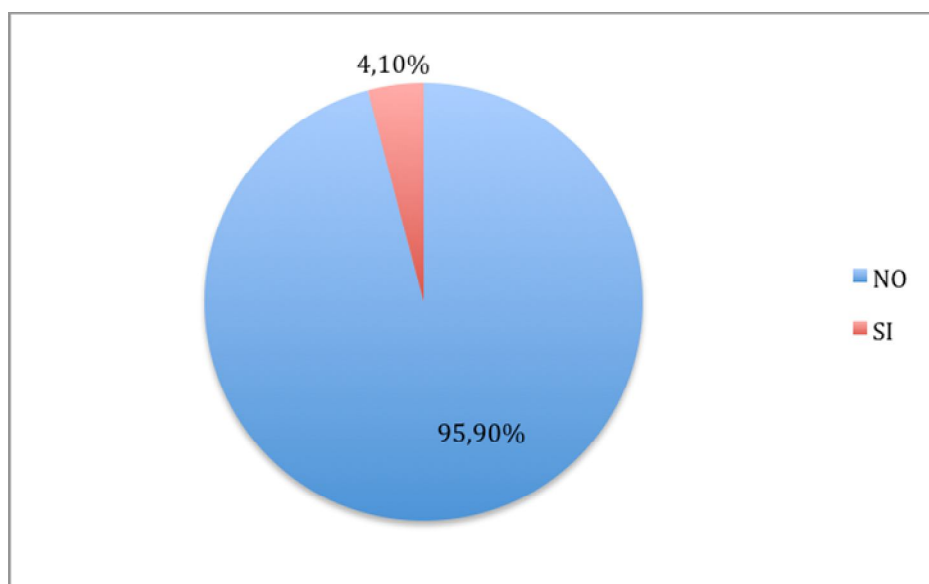


Gráfico 48. Otros motivos

Fuente: elaboración propia

Debido a la escasa frecuencia, “otros motivos”, no se han tenido en cuenta en los siguientes análisis estadísticos.

8.2. Motivos de recaídas y variables sociodemográficas

8.2.1. Edad

Tabla 55

Variable: EDAD. Grupo de edad. (n: 121, casos perdidos: 0)

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia							
Rango de edad	NO			SI			Prueba
	Frecuencia %			Frecuencia %			χ^2
	88(72.7)			33(27.3)			
	<30	30-40	>40	<30	30-40	>40	7,578
	29(80.6)	50(75.8)	9(47.4)	7(19.4)	16(24.2)	10(52.6)	p:0,023*
Residuos Tipificados corregidos	1,3	0,8	-2,7	-1,3	-0,8	2.7	
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.							
Rango de edad	NO			SI			Prueba
	Frecuencia %			Frecuencia %			χ^2
	98(81.0)			23(19.0)			
	<30	30-40	>40	<30	30-40	>40	0,399
	28(77.8)	54(81.8)	16(84.2)	8(22.2)	12(18.2)	3(15.8)	p:0,819
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...							
Rango de edad	NO			SI			Prueba
	Frecuencia %			Frecuencia %			χ^2
	57(47.1)			64(52.9)			
	<30	30-40	>40	<30	30-40	>40	1,914
	14(38.9)	32(48.5)	11(57.9)	22(61.1)	34(51.5)	8(42.1)	p:0,384
Motivo 4: Ingreso en prisión							
Rango de edad	NO			SI			Prueba
	Frecuencia %			Frecuencia %			χ^2
	87(71.9)			34(28.1)			
	<30	30-40	>40	<30	30-40	>40	3,412
	23(63.9)	52(78.8)	12(63.2)	13(36.1)	14(21.2)	7(36.8)	p:0,182

Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.							
Rango de edad	NO			SI			Prueba
	Frecuencia %			Frecuencia %			χ^2
	94 (77.7)			27(22.3)			
	<30	30-40	>40	<30	30-40	>40	3,638
	24(66.7)	54(81.8)	16(84.2)	12(33.3)	12(18.2)	3(15.8)	p:0,162
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.							
Rango de edad	NO			SI			Prueba
	Frecuencia %			Frecuencia %			χ^2
	94 (77.7)			27(22.3)			
	<30	30-40	>40	<30	30-40	>40	0,024
	28(77.8)	51(77.3)	15(78.9)	8(22.2)	15(22.7)	4(21.1)	p:0,988
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.							
Rango de edad	NO			SI			Prueba
	Frecuencia %			Frecuencia %			χ^2
	94 (77.7)			27(22.3)			
	<30	30-40	>40	<30	30-40	>40	0,320
	29(80.6)	56(84.8)	16(84.2)	7(19.4)	10(15.2)	3(15.8)	p:0,852
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.							
Rango de edad	NO			SI			Prueba
	Frecuencia %			Frecuencia %			χ^2
	92 (76.0)			29(24.0)			
	<30	30-40	>40	<30	30-40	>40	1,610
	25(69.4)	51(77.3)	16(84.2)	11(30.6)	15(22.7)	3(15.8)	p:0,447

Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.							
Rango de edad	NO			SI			Prueba
	Frecuencia %			Frecuencia %			χ^2
	99 (81.8)			22(18.2)			
	<30	30-40	>40	<30	30-40	>40	0,161
	30(83.3)	54(81.8)	15(78.9)	6(16.7)	12(18.2)	4(21.1)	p:0,923
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.							
Rango de edad	NO			SI			Prueba
	Frecuencia %			Frecuencia %			χ^2
	80 (66.1)			41(33.9)			
	<30	30-40	>40	<30	30-40	>40	2,602
	20(55.6)	47(71.2)	13(68.4)	16(44.4)	19(28.8)	6(31.6)	p:0,272

* p<0.05. Significativo al 5%

Se observa que la pertenencia a un grupo de edad u otro categorizado tras un primer análisis es significativo según χ^2 , es decir la variable grupo de edad con Motivo 1 se relacionan, no con el resto de motivos; siendo en el grupo de > 40 años donde se produce mayor significación, en relación al resto de rangos de edad, presentando mayor frecuencia este motivo de recaída.

8.2.1. Pareja

Tabla 56

Variable: ACTUALMENTE ¿TIENE PAREJA? (n: 121; casos perdidos: 1 (0.8%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Pareja	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	87(72.5)		33(27.5)		
	SI	NO	SI	NO	5,528
	65(67.7)	22(91.7)	31(32.3)	2(8.3)	p:0.019*
Residuos tipificados corregidos	-2,4	2,4	2,4	-2,4	
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Pareja	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	98(81.7)		22(18.3)		
	SI	NO	SI	NO	0,125
	79(82.3)	19(79.2)	17(17.7)	5(20.8)	p:0.723
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Pareja	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	57(47.5)		63(52.5)		
	SI	NO	SI	NO	0,033
	46(47.9)	11(45.8)	50(52.1)	13(54.2)	p:0.855
Motivo 4: Ingreso en prisión					
Pareja	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	86(71.7)		34(28.3)		
	SI	NO	SI	NO	1,241
	71(74.0)	15(62.5)	25(26.0)	9(37.5)	p:0.265

Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Pareja	NO Frecuencia % 93(77.5)		SI Frecuencia % 27(22.5)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,765
	76(79.2)	17(70.8)	20(20.8)	7(29.2)	p:0.382
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Pareja	NO Frecuencia % 93(77.5)		SI Frecuencia % 27(22.5)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,585
	73(76.0)	20(83.3)	23(24.8)	4(16.7)	p:0.444
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Pareja	NO Frecuencia % 100(83.3)		SI Frecuencia % 20(16.7)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,000
	80(83.3)	20(83.3)	16(16.7)	4(16.7)	p:1.000
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Pareja	NO Frecuencia % 91(75.8)		SI Frecuencia % 29(24.2)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,011
	73(76.0)	18(75.0)	23(24.0)	6(25.0)	p:0.915
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Pareja	NO Frecuencia % 98(81.7)		SI Frecuencia % 22(18.3)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,125
	79(82.3)	19(79.2)	17(17.7)	5(20.8)	p:0.723

Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Pareja	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	79(65.8)		41(34.2)		
	SI	NO	SI	NO	0,009
	63(65.6)	16(66.7)	33(34.4)	8(33.3)	p:0.923

*p<0.05. Significativo al 5%

Existe relación entre tener pareja y recaer por Motivo 1, recayendo más por este motivo las que sí tienen pareja.

8.2.3. Hijos/as

Tabla 57

Variable: ¿TIENE HIJOS/AS? (N: 121; casos perdidos: 0)

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Hijos/as	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	88(72.7)		33(27.3)		
	SI	NO	SI	NO	0,170
	69(71.9)	19(76.0)	27(28.1)	6(24.0)	p:0.680
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Hijos/as	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	98(81.0)		23(19.0)		
	SI	NO	SI	NO	0,510
	79(82.3)	19(79.2)	17(17.7)	6(24.0)	p:0.475

Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Hijos/as	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	57(47.5)		64(52.9)		
	SI	NO	SI	NO	0,122
	46(47.9)	11(44.0)	50(52.1)	14(56.0)	p:0.727
Motivo 4: Ingreso en prisión					
Hijos/as	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	87(71.9)		34(28.1)		
	SI	NO	SI	NO	0,237
	70(72.9)	17(68.0)	26(27.1)	8(32.0)	p:0.626
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Hijos/as	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	94(77.7)		27(22.3)		
	SI	NO	SI	NO	6,097
	70(72.9)	24(96.0)	26(27.1)	1(4.0)	p:0.014*
Residuos tipificados corregidos	-2,5	2,5	2.5	-2,5	
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Hijos/as	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	94(77.7)		27(22.3)		
	SI	NO	SI	NO	5,686
	79(82.3)	15(60.0)	17(17.7)	10(40.0)	p:0.017*
Residuos tipificados corregidos	2,4	-2,4	-2.4	2,4	

Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Hijos/as	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	101(83.5)		20(16.5)		
Hijos/as	SI	NO	SI	NO	0,275
	81(84.4)	20(80.0)	15(15.6)	5(20.0)	p:0.600
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Hijos/as	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	92(76.0)		29(24.0)		
Hijos/as	SI	NO	SI	NO	0,000
	73(76.0)	19(76.0)	23(24.0)	6(24.0)	p:0.997
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Hijos/as	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	99(81.8)		22(18.2)		
Hijos/as	SI	NO	SI	NO	0,070
	79(82.3)	20(80.0)	17(17.7)	5(20.0)	p:0.791
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Hijos/as	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	80(66.1)		41(33.9)		
Hijos/as	SI	NO	SI	NO	0,063
	64(66.7)	16(64.0)	32(33.3)	9(36.0)	p:0.802

* p<0.05. Significativo al 5%

Considerando la significación según χ^2 , existe relación entre tener hijo/as y recaer por el motivo 5 y 6. En relación al motivo 5, recaen con mayor frecuencia las que sí tienen hijos/as. En cuanto al motivo 6, recaen con mayor frecuencia las que no tienen hijos/as.

8.2.4. Nivel de estudios

Tabla 58

Variable: ¿CUÁL ES EL NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO? (N: 119; casos perdidos:2 (1.7%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.									
Nivel de estud.	NO				SI				Prueba
	Frecuencia %				Frecuencia %				χ^2
	88(73.9)				31(26.1)				
	Sin	Prim.	Secun.	FP/bac/ Sup.	Sin	Prim.	Secun.	FP/bac/ Sup.	5,606 p:0.231
	19(70.4)	26(66.7)	16(69.6)	25(89.3)	8(29.6)	13(33.3)	7(30.4)	3(10.7)	
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.									
Nivel de estud.	NO				SI				Prueba
	Frecuencia %				Frecuencia %				χ^2
	98(82.4)				21(17.6)				
	Sin	Prim.	Secun.	FP/bac/ Sup.	Sin	Prim.	Secun.	FP/bac/ Sup.	2,015 p:0.733
	24(88.9)	30(76.9)	19(82.6)	23(82.1)	3(11.1)	9(23.1)	4(17.4)	5(17.9)	
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...									
Nivel de estud.	NO				SI				Prueba
	Frecuencia %				Frecuencia %				χ^2
	57(47.9)				62(52.1)				
	Sin	Prim.	Secun.	FP/bac/ Sup.	Sin	Prim.	Secun.	FP/bac/ Sup.	4,875 p:0.300
	13(48.1)	15(38.5)	13(56.5)	16(57.1)	14(51.9)	24(61.5)	10(43.5)	12(42.9)	

Motivo 4: Ingreso en prisión.									
Nivel de estud.	NO				SI				Prueba
	Frecuencia %				Frecuencia %				χ^2
	85(71.4)				34(28.6)				
	Sin	Prim.	Secun.	FP/bac/ Sup.	Sin	Prim.	Secun.	FP/bac/ Sup.	7,914 p:0.095**
	16(59.3)	28(71.8)	21(91.3)	18(64.3)	11(40.7)	11(28.2)	2(8.7)	10(35.7)	
RTC	-1,6	0,1	2,3	-1,0	1,6	-0,1	-2,3	1,0	
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.									
Nivel de estud.	NO				SI				Prueba
	Frecuencia %				Frecuencia %				χ^2
	92(77.3)				27(22.7)				
	Sin	Prim.	Secun.	FP/bac/ Sup.	Sin	Prim.	Secun.	FP/bac/ Sup.	4,873 p:0.301
	19(70.4)	32(82.1)	15(65.2)	24(85.7)	8(29.6)	7(17.9)	8(34.8)	4(14.3)	
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.									
Nivel de estud.	NO				SI				Prueba
	Frecuencia %				Frecuencia %				χ^2
	92(77.3)				27(22.7)				
	Sin	Prim.	Secun.	FP/bac/ Sup.	Sin	Prim.	Secun.	FP/bac/ Sup.	1,349 p:0.853
	22(81.5)	29(74.4)	18(78.3)	22(78.6)	5(18.5)	10(25.6)	5(21.7)	6(21.4)	

Motivo 7: Presencia de problemas sociales.									
Nivel de estud.	NO				SI				Prueba
	Frecuencia %				Frecuencia %				χ^2
	101(84.9)				18(15.1)				
	Sin	Prim.	Secun.	FP/bac/ Sup.	Sin	Prim.	Secun.	FP/bac/ Sup.	12,653 p:0.013*
	24(88.9)	27(69.2)	23(100.)	25(89.3)	3(11.1)	12(30.8)	0(0.0)	3(10.7)	
RTC	0,7	-3,3	2,3	0,7	-0,7	3,3	-2,3	-0,7	
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.									
Nivel de estud.	NO				SI				Prueba
	Frecuencia %				Frecuencia %				χ^2
	91(76.5)				28(23.5)				
	Sin	Prim.	Secun.	FP/bac/ Sup.	Sin	Prim.	Secun.	FP/bac/ Sup.	13,584 p:0.009*
	19(70.4)	24(61.5)	23(100.)	23(82.1)	8(29.6)	15(38.5)	0(0.0)	5(17.9)	
RTC	-0,8	-2,7	3,0	0,8	0,8	2,7	-3,0	0,8	
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.									
Nivel de estud.	NO				SI				Prueba
	Frecuencia %				Frecuencia %				χ^2
	99(83.2)				20(16.8)				
	Sin	Prim.	Secun.	FP/bac/ Sup.	Sin	Prim.	Secun.	FP/bac/ Sup.	5,930 p:0.204
	23(85.2)	28(71.8)	21(91.3)	25(89.3)	4(14.8)	11(28.2)	2(8.7)	3(10.7)	

Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.									
Nivel de estud.	NO				SI				Prueba
	Frecuencia %				Frecuencia %				χ^2
	79(66.4)				40(33.6)				
	Sin	Prim.	Secun.	FP/bac/ Sup.	Sin	Prim.	Secun.	FP/bac/ Sup.	4,189 p:0.381
	21(77.8)	22(56.4)	17(73.9)	18(64.3)	6(22.2)	17(43.6)	6(26.1)	10(35.7)	

* p<0.05. Significativo al 5%

** p<0.1. Significativo al 10%

Se contempló la categoría de “otros”, pero al no ser representativa se ha descartado, por lo que no figura en las tablas. Existe relación entre la variable nivel de estudios alcanzados y los motivos de recaídas 4, 7 y 8. En cuanto al motivo 4, las diferencias se dan las que han alcanzado los estudios en educación secundaria, recayendo menos por este motivo las que los finalizaron. En cuanto a los motivos 7 y 8 las diferencias se encuentran entre los grupos con estudios en educación primaria y secundaria, habiendo señalado estos motivos de recaídas con más frecuencia las que poseen educación primaria y menor frecuencia de recaídas las que finalizaron educación secundaria.

8.2.5. Practicante de su religión

Tabla 59

Variable: ¿ES USTED PRACTICANTE DE SU RELIGIÓN? (N: 96; casos perdidos: 25(20.7%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Practicante Religión	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	70(72.9)		26(27.1)		
	SI	NO	SI	NO	0,295 p:0.597
	42(75.0)	28(70.0)	14(25.0)	12(30.0)	

Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia..					
Practicante Religión	NO Frecuencia % 78(81.3)		SI Frecuencia % 18(18.8)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,633
	44(78.6)	34(85.0)	12(21.4)	6(15.0)	p:0.426
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Practicante Religión	NO Frecuencia % 46(47.9)		SI Frecuencia % 50(52.1)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,577
	25(44.6)	21(52.5)	31(55.4)	19(47.5)	p:0.447
Motivo 4: Ingreso en prisión					
Practicante Religión	NO Frecuencia % 70(72.9)		SI Frecuencia % 26(27.1)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,151
	40(71.4)	30(75.0)	16(28.6)	10(25.0)	p:0.698
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Practicante Religión	NO Frecuencia % 74(77.1)		SI Frecuencia % 22(22.9)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	4,212
	39(69.6)	35(87.5)	17(30.4)	5(12.5)	p:0.040*
Residuos tipificados corregidos	-2,1	2,1	2,1	-2,1	

Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Practicante Religión	NO Frecuencia % 78(81.3)		SI Frecuencia % 18(18.8)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,633
	44(78.6)	34(85.0)	12(21.4)	6(15.0)	p:0.426
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Practicante Religión	NO Frecuencia % 81(84.4)		SI Frecuencia % 15(15.6)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,020
	47(83.9)	34(85.0)	9(16.1)	6(15.0)	p:0.887
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Practicante Religión	NO Frecuencia % 73 (76.0)		SI Frecuencia % 23(24.0)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	1,570
	40 (71.4)	33(82.5)	16(28.6)	7(17.5)	p:0.210
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Practicante Religión	NO Frecuencia % 76(79.2)		SI Frecuencia % 20(20.8)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	1,415
	42(75.0)	34(85.0)	14(25.0)	6(15.0)	p:0.234
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Practicante Religión	NO Frecuencia % 79(65.8)		SI Frecuencia % 41(34.2)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,021
	37(66.1)	27(67.5)	19(33.9)	13(32.5)	p:0.884

*p<0.05. Significativo al 5%

Se da asociación entre ser practicante de su religión y el Motivo 5, recayendo mas por dicho motivo las sí practicantes.

8.3. Motivos de recaídas y variables jurídico-legales

8.3.1. Tipo de delito

Tabla 60

Variable: ¿CUÁL ES EL TIPO DE DELITO PORQUE EL CUMPLE ACTUALMENTE CONDENA? (N: 121; casos perdidos: 0)

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia							
Tipo de delito	NO			SI			Prueba
	Frecuencia %			Frecuencia %			χ^2
	88(72.7)			33(27.3)			
	Robo	Contra la Salud Pública	Otros	Robo	Contra la Salud Pública	Otros	0,727 p:0,695
	39(76.5)	23(71.9)	26(68.4)	12(23.5)	9(28.1)	12(31.6)	
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.							
Tipo de delito	NO			SI			Prueba
	Frecuencia %			Frecuencia %			χ^2
	98(81.0)			23(19.0)			
	Robo	Contra la Salud Pública	Otros	Robo	Contra la Salud Pública	Otros	2,260 p:0,323
	42(82.4)	28(87.5)	28(73.7)	9(17.6)	4(12.5)	10(26.3)	
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...							
Tipo de delito	NO			SI			Prueba
	Frecuencia %			Frecuencia %			χ^2
	57(47.1)			64(52.9)			
	Robo	Contra la Salud Pública	Otros	Robo	Contra la Salud Pública	Otros	0,789 p:0,674
	22(43.1)	17(53.1)	18(47.4)	29(56.9)	15(46.9)	20(52.6)	

Motivo 4: Ingreso en prisión.							
Tipo de delito	NO			SI			Prueba
	Frecuencia %			Frecuencia %			χ^2
	87(71.9)			34(28.1)			
	Robo	Contra la Salud Pública	Otros	Robo	Contra la Salud Pública	Otros	0,343 p:0,843
	38(74.5)	22(68.8)	27(71.1)	13(25.5)	10(31.3)	11(28.9)	
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.							
Tipo de delito	NO			SI			Prueba
	Frecuencia %			Frecuencia %			χ^2
	94(77.7)			27(22.3)			
	Robo	Contra la Salud Pública	Otros	Robo	Contra la Salud Pública	Otros	1,414 p:0,493
	41(80.4)	26(81.3)	27(71.1)	10(19.6)	6(18.8)	11(28.9)	
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.							
Tipo de delito	NO			SI			Prueba
	Frecuencia %			Frecuencia %			χ^2
	94(77.7)			27(22.3)			
	Robo	Contra la Salud Pública	Otros	Robo	Contra la Salud Pública	Otros	6,209 p:0.045*
	40(78.4)	29(90.6)	25(65.8)	11(21.6)	3(9.4)	13(18.8)	
Residuos tipificados corregidos	0,2	2,0	-2,1	-0,2	-2,0	2,1	
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.							
Tipo de delito	NO			SI			Prueba
	Frecuencia %			Frecuencia %			χ^2
	101(83.5)			20(16.5)			
	Robo	Contra la Salud Pública	Otros	Robo	Contra la Salud Pública	Otros	2,623 p:0.269
	43(84.3)	29(90.6)	29(76.3)	8(15.7)	3(9.4)	9(23.7)	

Motivo 8: Presencia de problemas familiares.							
Tipo de delito	NO			SI			Prueba
	Frecuencia %			Frecuencia %			χ^2
	92(76.0)			29(24.0)			
	Robo	Contra la Salud Pública	Otros	Robo	Contra la Salud Pública	Otros	5,927
	40(78.4)	28(87.5)	24(63.2)	11(21.6)	4(9.4)	14(36.8)	p:0.052**
Residuos tipificados corregidos	0,5	1,8	-2,2	-0,5	-1,8	2,2	
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.							
Tipo de delito	NO			SI			Prueba
	Frecuencia %			Frecuencia %			χ^2
	99(81.8)			22(18.2)			
	Robo	Contra la Salud Pública	Otros	Robo	Contra la Salud Pública	Otros	2,512
	44(86.3)	27(84.4)	28(73.7)	7(13.7)	5(15.6)	10(26.3)	p:0.285
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.							
Tipo de delito	NO			SI			Prueba
	Frecuencia %			Frecuencia %			χ^2
	80(66.1)			41(33.9)			
	Robo	Contra la Salud Pública	Otros	Robo	Contra la Salud Pública	Otros	0,667
	33(64.7)	23(71.9)	24(63.2)	18(35.3)	9(28.1)	14(36.8)	p:0.716

*p<0.05. Significativo al 5%

**p<0.1. Significativo al 10%

Se da asociación entre el tipo de delito y los motivos 6 y 8, encontrando las diferencias entre las mujeres que han cometido delitos contra la salud pública y otros en el motivo 6, recayendo más por dicho motivo las que cometieron “otros” delitos que las que lo cometieron contra la salud pública; en cuanto al

motivo 8, se da mayor proporción recaer por este motivo las que cometieron “otros”, que en el resto de categorías.

8.3.2. Primera condena

Tabla 61

Variable: ¿ESTÁ CUMPLIENDO SU PRIMERA CONDENA? (N: 121; casos perdidos: 0)

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Primera Condena	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	88(72.7)		33(27.3)		
	SI	NO	SI	NO	3,497
	54(79.4)	34(64.2)	14(20.6)	19(35.8)	p:0.061**
Residuos tipificados corregidos	1,9	-1,9	-1,9	1,9	
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Primera Condena	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	98(81.0)		23(19.0)		
	SI	NO	SI	NO	0,938
	53(77.9)	45(84.9)	15(22.1)	8(15.1)	p:0.333
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Primera Condena	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	57(47.1)		64(52.9)		
	SI	NO	SI	NO	0,126
	33(48.5)	24(45.3)	5(51.5)	29(54.7)	p:0.723

Motivo 4: Ingreso en prisión					
Primera Condena	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	87(71.9)		34(28.1)		
	SI	NO	SI	NO	0,002
	49(72.1)	38(71.7)	19(27.9)	15(28.3)	p:0.965
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Primera Condena	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	94(77.7)		27(22.3)		
	SI	NO	SI	NO	0,006
	53(77.9)	41(77.4)	15(22.1)	12(22.6)	p:0.939
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Primera Condena	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	94(77.7)		27(22.3)		
	SI	NO	SI	NO	3,374
	57(83.8)	37(69.8)	11(16.2)	16(30.2)	p:0.066**
Residuos tipificados corregidos	1,8	-1,8	-1,8	1,8	
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Primera Condena	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	101(83.5)		20(16.5)		
	SI	NO	SI	NO	1,221
	59(86.8)	42(79.2)	9(13.2)	11(20.8)	p:0.269

Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Primera Condena	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	92(76.0)		29(24.0)		
	SI	NO	SI	NO	0,534
	50(73.5)	42(79.2)	18(26.5)	11(20.8)	p:0.465
Residuos tipificados corregidos	1,8	-1,8	-1,8	1,8	
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Primera Condena	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	99(81.8)		22(18.2)		
	SI	NO	SI	NO	0,030
	56(82.4)	43(81.1)	12(17.6)	10(18.9)	p:0.863
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Primera Condena	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	80(66.1)		41(33.9)		
	SI	NO	SI	NO	0,138
	44(64.7)	36(67.9)	24(35.3)	17(32.1)	p:0.711

**p<0.1. Significativo al 10%

Existen diferencias entre la variable primera condena y los motivos 1 y 6, no alcanzan significación estadística los residuos tipificados corregidos.

8.3.3. Tiempo en prisión

Tabla 62

Variable: ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA EN PRISION DESDE EL ÚLTIMO INGRESO? (N: 121; casos perdidos: 0)

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.									
Tmp pris.	NO Frecuencia % 88(72.7)				SI Frecuencia % 33(27.3)				χ^2
	<1 año	1-2	3-4	>4 años	<1 año	1-2	3-4	>4 años	6,393 p:0.094**
	32(69.6)	22(68.8)	11(68.1)	23(92.0)	14(30.4)	10(31.3)	7(38.9)	2(8.0)	
RTC	-0,6	-0,6	-1,2	2,4	0,6	0,6	1,2	-2,4	
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.									
Tmp pris.	NO Frecuencia % 98(81.0)				SI Frecuencia % 23(19.0)				χ^2
	<1 año	1-2	3-4	>4 años	<1 año	1-2	3-4	>4 años	4,720 p:0,193
	38(82.6)	22(68.8)	16(88.9)	22(88.0)	8(17.4)	10(31.3)	2(11.1)	3(12.0)	
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...									
Tmp pris.	NO Frecuencia % 57(47.1)				SI Frecuencia % 64(52.9)				χ^2
	<1 año	1-2	3-4	>4 años	<1 año	1-2	3-4	>4 años	4,907 p:0,179
	17(37.0)	15(46.9)	12(66.7)	13(52.0)	29(63.0)	17(53.1)	6(33.3)	12(48.0)	
Motivo 4: Ingreso en prisión.									
Tmp pris.	NO Frecuencia % 87(71.9)				SI Frecuencia % 34(28.1)				χ^2
	<1 año	1-2	3-4	>4 años	<1 año	1-2	3-4	>4 años	9,191 p:0,027*
	35(76.1)	17(53.1)	13(72.2)	22(88.0)	11(23.9)	15(46.9)	5(27.8)	3(12.0)	
RTC	0,8	-2,8	0,0	2,0	-0,8	2,8	0,0	-2,0	

Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.									
Tmp pris.	NO Frecuencia % 94(77.7)				SI Frecuencia % 27(22.3)				χ^2
	<1 año	1-2	3-4	>4 años	<1 año	1-2	3-4	>4 años	2,990
	37(80.4)	24(75.0)	16(88.9)	17(68.0)	9(19.6)	8(25.0)	2(11.1)	8(32.0)	p:0,393
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.									
Tmp pris.	NO Frecuencia % 94(77.7)				SI Frecuencia % 27(22.3)				χ^2
	<1 año	1-2	3-4	>4 años	<1 año	1-2	3-4	>4 años	1,748
	33(71.7)	26(81.3)	14(77.8)	21(84.0)	13(28.3)	6(18.8)	4(22.2)	4(16.0)	p:0,626
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.									
Tmp pris.	NO Frecuencia % 101(83.5)				SI Frecuencia % 20(16.5)				χ^2
	<1 año	1-2	3-4	>4 años	<1 año	1-2	3-4	>4 años	3,390
	38(82.6)	24(75.0)	16(88.9)	23(92.0)	8(17.4)	8(25.0)	2(11.1)	2(8.0)	p:0,335
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.									
Tmp pris.	NO Frecuencia % 92(76.0)				SI Frecuencia % 29(24.0)				χ^2
	<1 año	1-2	3-4	>4 años	<1 año	1-2	3-4	>4 años	5,432
	31(67.4)	24(75.0)	14(77.8)	23(92.0)	15(32.6)	8(25.0)	4(22.2)	2(8.0)	p:0,143
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.									
Tmp pris.	NO Frecuencia % 99(81.8)				SI Frecuencia % 22(18.2)				χ^2
	<1 año	1-2	3-4	>4 años	<1 año	1-2	3-4	>4 años	2,767
	35(76.1)	29(90.6)	15(83.3)	20(80.0)	11(23.9)	3(9.4)	3(16.7)	5(20.0)	p:0,429

Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.									
Tmpps.	NO				SI				χ^2
	Frecuencia %				Frecuencia %				
	80(66.1)				41(33.9)				
	<1 año	1-2	3-4	>4 años	<1 año	1-2	3-4	>4 años	0,062
	30(65.2)	21(65.6)	12(66.7)	17(68.0)	16(34.4)	11(34.4)	6(33.3)	8(32.0)	p:0,996

* p<0.05. Significativo al 5%

** p<0.1. Significativo al 10%

Se dan diferencias para los motivos 1 y 4. En concreto las diferencias significativas para el Motivo 1 se han encontrado para el grupo que cumple condena más de 4 años, siendo más frecuente no recaer por este motivo que en el resto de categorías. En relación a motivo 4, las diferencias se dan en los grupo que se encuentran cumpliendo condena entre 1-2 años y mas de 4, siendo más frecuente recaer por este motivo entre las del primer grupo que las del segundo.

8.3.4. Tiempo de condena

Tabla 63

Variable: ¿CUÁNTO TIEMPO MÁXIMO LE QUEDA DE CONDENA? (N: 121; casos perdidos: 0)

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.						
Tiempo de condena	NO					
	Frecuencia %					
	88(72.7)					
	<1 año	1-2 años	3-4 años	>4 años	otros	
	30(75.0)	22(57.9)	17(94.4)	16(80.0)	3(60.0)	
Residuos tipificados corregidos	0,4	-2,5	2,2	0,8	-0,7	
Tiempo de condena	SI					
	Frecuencia %					
	33(27.3)					
	<1 año	1-2 años	3-4 años	>4 años	otros	
	10(25.0)	16(42.1)	1(5.6)	4(20.0)	2(40.0)	
Residuos tipificados corregidos	-0,4	2,5	-2,2	-0,8	0,7	
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.						
Tiempo de condena	NO					
	Frecuencia %					
	98(81.0)					
	<1 año	1-2 años	3-4 años	>4 años	otros	
	31(77.5)	31(81.6)	17(94.4)	15(75.0)	4(80.0)	
Residuos tipificados corregidos	0,4	-2,5	2,2	0,8	-0,7	
Tiempo de condena	SI					
	Frecuencia %					
	23(19.0)					
	<1 año	1-2 años	3-4 años	>4 años	otros	
	9(22.5)	7(18.4)	1(5.6)	5(25.0)	1(20.0)	

Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...						
Tiempo de condena	NO					
	Frecuencia %					
	57(47.1)					
	<1 año	1-2 años	3-4 años	>4 años	otros	
	13(32.5)	18(47.4)	10(55.6)	13(65.0)	3(60.0)	
Tiempo de condena	SI					
	Frecuencia %					
	64(52.9)					
	<1 año	1-2 años	3-4 años	>4 años	otros	Prueba
	27(67.5)	20(52.6)	8(44.4)	7(35.0)	2(40.0)	χ^2
						6,845
						p:0,144
Motivo 4: Ingreso en prisión.						
Tiempo de condena	NO					
	Frecuencia %					
	87(71.9)					
	<1 año	1-2 años	3-4 años	>4 años	otros	
	31(77.5)	27(71.1)	12(66.7)	13(65.0)	4(80.0)	
Tiempo de condena	SI					
	Frecuencia %					
	34(28.1)					
	<1 año	1-2 años	3-4 años	>4 años	otros	Prueba
	9(22.5)	11(28.9)	6(33.3)	7(35.0)	1(20.0)	χ^2
						1,512
						p:0,825

Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.						
Tiempo de condena	NO					
	Frecuencia %					
	94(77.7)					
	<1 año	1-2 años	3-4 años	>4 años	otros	
	34(85.0)	31(81.6)	12(66.7)	14(70.0)	3(60.0)	
Tiempo de condena	SI					Prueba
	Frecuencia %					χ^2
	27(22.3)					
	<1 año	1-2 años	3-4 años	>4 años	otros	4,411
	6(15.0)	7(18.4)	6(33.3)	6(30.0)	2(40.0)	p:0,353
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.						
Tiempo de condena	NO					
	Frecuencia %					
	94(77.7)					
	<1 año	1-2 años	3-4 años	>4 años	otros	
	28(70.0)	29(76.3)	17(94.4)	17(85.0)	3(60.0)	
Tiempo de condena	SI					Prueba
	Frecuencia %					χ^2
	27(22.3)					
	<1 año	1-2 años	3-4 años	>4 años	otros	5,840
	12(30.0)	9(23.7)	1(5.6)	3(15.0)	2(40.0)	p:0,211
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.						
Tiempo de condena	NO					
	Frecuencia %					
	101(83.5)					
	<1 año	1-2 años	3-4 años	>4 años	otros	
	32(80.0)	32(84.2)	15(83.3)	19(95.0)	3(60.0)	
Tiempo de condena	SI					Prueba
	Frecuencia %					χ^2
	20(16.5)					
	<1 año	1-2 años	3-4 años	>4 años	otros	4,288
	8(20.0)	6(15.8)	3(16.7)	1(5.0)	2(40.0)	p:0,368

Motivo 8: Presencia de problemas familiares.						
Tiempo de condena	NO					
	Frecuencia %					
	92(76.0)					
	<1 año	1-2 años	3-4 años	>4 años	otros	
	28(70.0)	30(78.9)	13(72.2)	17(85.0)	4(80.0)	
Tiempo de condena	SI					Prueba
	Frecuencia %					
	29(24.0)					
	<1 año	1-2 años	3-4 años	>4 años	otros	
	12(30.0)	8(21.1)	5(27.8)	3(15.0)	1(20.0)	2,045
						p:0,727
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.						
Tiempo de condena	NO					
	Frecuencia %					
	99(81.8)					
	<1 año	1-2 años	3-4 años	>4 años	otros	
	29(72.5)	32(84.2)	15(83.3)	19(95.0)	4(80.0)	
Tiempo de condena	SI					Prueba
	Frecuencia %					
	22(18.2)					
	<1 año	1-2 años	3-4 años	>4 años	otros	
	11(27.5)	6(15.8)	3(16.7)	1(5.0)	1(20.0)	4,856
						p:0,302
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.						
Tiempo de condena	NO					
	Frecuencia %					
	80(66.1)					
	<1 año	1-2 años	3-4 años	>4 años	otros	
	25(62.5)	26(68.4)	14(77.8)	12(60.0)	3(60.0)	
Tiempo de condena	SI					Prueba
	Frecuencia %					
	41(33.9)					
	<1 año	1-2 años	3-4 años	>4 años	otros	
	15(37.5)	12(31.6)	4(22.2)	8(40.0)	2(40.0)	1,834
						p:0,766

*p<0.05. Significativo al 5%

Se da relación significativa entre la variable tiempo máximo que queda de condena y el Motivo 1, encontrándose la misma entre las categorías 1-2 años y 3-4 como tiempo máximo de condena. Es más frecuente recaer por este motivo en las que les queda 1-2 años y menos frecuente en las de 3-4 años.

8.4. Motivos de recaídas y variables relacionadas con la vida en prisión

8.4.1. Cursos de empleo

Tabla 64

Variable: DURANTE EL CUMPLIMIENTO DE SU PENA¿HA RECIBIDO CURSOS DESTINADOS A ENCONTRAR UN EMPLEO CUANDO USTED TERMINE SU CONDENA? (N: 120; casos perdidos: 1 (0.8%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Ha recibido cursos	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	87(72.5)		33(27.5)		
	SI	NO	SI	NO	1,141
	64(75.3)	21(24.7)	23(65.7)	12(34.3)	p:0.285
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Ha recibido cursos	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	97(80.8)		23(19.2)		
	SI	NO	SI	NO	0,434
	70(82.4)	27(77.1)	15(17.6)	8(22.9)	p:0.510
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Ha recibido cursos	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	56(46.7)		64(53.3)		
	SI	NO	SI	NO	0,072
	39(45.9)	17(48.6)	46(54.1)	18(51.4)	p:0.788

Motivo 4: Ingreso en prisión					
Ha recibido cursos	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	86(71.7)		34(28.3)		
	SI	NO	SI	NO	0,001
	61(71.8)	25(71.4)	24(28.2)	10(28.6)	p:0.970
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Ha recibido cursos	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	94(78.3)		26(21.7)		
	SI	NO	SI	NO	0,477
	68(80.0)	26(74.3)	17(20.0)	9(25.7)	p:0.490
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Ha recibido cursos	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	93(77.5)		27(22.5)		
	SI	NO	SI	NO	0,813
	64(75.3)	29(82.9)	21(24.7)	6(17.1)	p:0.367
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Ha recibido cursos	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	100(83.3)		20(16.7)		
	SI	NO	SI	NO	0,008
	71(83.5)	29(82.9)	14(16.5)	6(17.1)	p:0.928

Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Ha recibido cursos	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	91(75.8)		29(24.2)		
	SI	NO	SI	NO	0,065
	65(76.5)	26(74.3)	20(23.5)	9(25.7)	p:0.799
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Ha recibido cursos	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	98(81.7)		22(18.3)		
	SI	NO	SI	NO	1,798
	72(84.7)	26(74.3)	13(15.3)	9(25.7)	p:0.180
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Ha recibido cursos	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	79(65.8)		41(34.2)		
	SI	NO	SI	NO	0,688
	54(63.5)	25(71.4)	31(36.5)	10(28.6)	p:0.407

La variable señalada no guarda relación estadística con ninguno de los motivos de recaída.

8.4.2. Participación en programas

Tabla 65

Variable: DESPUÉS DE INGRESAR EN PRISIÓN¿HA PARTICIPADO O PARTICIPA ACTUALMENTE EN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS? (N: 121; casos perdidos: 0)

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Participa o ha participado en programas	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	88(72.7)		33(27.3)		
	SI	NO	SI	NO	0,001
	77(74.0)	11(64.7)	27(26.0)	16(35.3)	p:0.973
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Participa o ha participado en programas	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	98(81.0)		23(19.0)		
	SI	NO	SI	NO	0,674
	83(79.8)	15(82.2)	21(20.2)	2(11.8)	p:0.412
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Participa o ha participado en programas	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	57(47.1)		64(52.9)		
	SI	NO	SI	NO	0,279
	50(48.1)	7(41.2)	54(51.9)	10(58.8)	p:0.597
Motivo 4: Ingreso en prisión					
Participa o ha participado en programas	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	87(71.9)		34(28.1)		
	SI	NO	SI	NO	0,204
	74(71.2)	13(76.5)	30(28.8)	4(23.5)	p:0.651

Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Participa o ha participado en programas	NO Frecuencia % 94(77.7)		SI Frecuencia % 27(22.3)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	1,270
	79(76.0)	15(88.2)	25(24.0)	2(11.8)	p:0.260
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Participa o ha participado en programas	NO Frecuencia % 94(77.7)		SI Frecuencia % 27(22.3)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,249
	80(76.9)	14(82.4)	24(23.1)	3(17.6)	p:0.618
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Participa o ha participado en programas	NO Frecuencia % 101(83.5)		SI Frecuencia % 20(16.5)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	1,625
	85(81.7)	16(94.1)	19(18.3)	1(5.9)	p:0.202
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Participa o ha participado en programas	NO Frecuencia % 92(76.0)		SI Frecuencia % 29(24.0)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,434
	78(75.0)	14(82.4)	26(25.0)	3(17.6)	p:0.510

Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Participa o ha participado en programas	NO Frecuencia % 99(81.8)		SI Frecuencia % 22(18.2)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	3,893 p:0.048*
	88(84.6)	11(64.7)	16(15.4)	6(35.3)	
Residuos tipificados corregidos	2,0	-2,0	-2,0	2,0	
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Participa o ha participado en programas	NO Frecuencia % 80(66.1)		SI Frecuencia % 41(33.9)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,947
	67(64.4)	13(76.5)	37(35.6)	4(23.5)	p:0.331

*p<0.05 Significativo al 5%

En relación a la participación en programas, existe relación con el Motivo 9, las cuales, de la muestra estudiada recaen menos por este motivo las que si han participado o participan en los programas estudiados.

8.4.3. Valoración de estancia en prisión

Tabla 66

Variable: ¿CÓMO VALORA LAS CONSECUENCIAS, EN SU VIDA, DE LA ESTANCIA EN PRISIÓN? (N: 114; casos perdidos: 7(5.8%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.									
Est Pr.	NO Frecuencia % 84(73.7)				SI Frecuencia % 33(26.3)				χ^2 0,911 p:0.823
	mala	regular	buena	muy buena	mala	regular	buena	muy buena	
	25(69.4)	24(72.7)	30(78.9)	5(71.4)	11(30.6)	9(27.3)	8(21.1)	28(28.6)	
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.									
Est Pr.	NO Frecuencia % 94(82.5)				SI Frecuencia % 20(17.5)				χ^2 4,654 p:0.199
	mala	regular	buena	muy buena	mala	regular	buena	muy buena	
	28(77.8)	30(90.9)	29(76.3)	7(100.0)	8(22.2)	3(9.1)	9(23.7)	0(0.0)	
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...									
Est Pr.	NO Frecuencia % 52(45.6)				SI Frecuencia % 62(54.4)				χ^2 3,067 p:0.381
	mala	regular	buena	muy buena	mala	regular	buena	muy buena	
	19(52.8)	11(33.3)	19(50.0)	3(42.9)	17(47.2)	22(66.7)	19(50.0)	4(57.1)	
Motivo 4: Ingreso en prisión.									
Est Pr.	NO Frecuencia % 83(72.8)				SI Frecuencia % 31(27.2)				χ^2 2,486 p:0.478
	mala	regular	buena	muy buena	mala	regular	buena	muy buena	
	25(69.4)	27(81.8)	27(71.1)	4(57.1)	11(30.6)	6(18.2)	11(28.9)	3(42.9)	

Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.									
Est Pr.	NO Frecuencia % 87(76.3)				SI Frecuencia % 27(23.7)				χ^2 6,411 p:0.093**
	mala	regular	buena	muy buena	mala	regular	buena	muy buena	
	30(83.3)	20(60.6)	31(81.6)	6(85.7)	6(16.7)	13(39.4)	7(18.4)	1(14.3)	
RTC	1,2	-2,5	0,9	0,6	-1,2	2,5	-0,9	-0,6	
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.									
Est Pr.	NO Frecuencia % 89(78.1)				SI Frecuencia % 25(21.9)				χ^2 4,478 p:0.214
	mala	regular	buena	muy buena	mala	regular	buena	muy buena	
	32(88.9)	23(69.7)	28(73.7)	6(85.7)	4(11.1)	10(30.3)	10(26.3)	1(14.3)	
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.									
Est Pr.	NO Frecuencia % 95(83.3)				SI Frecuencia % 19(16.7)				Prueba χ^2 2,362 p:0.501
	mala	regular	buena	muy buena	mala	regular	buena	muy buena	
	29(80.6)	30(90.9)	31(81.6)	5(71.4)	7(19.4)	3(9.1)	7(18.4)	2(28.6)	
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.									
Est Pr.	NO Frecuencia % 86(75.4)				SI Frecuencia % 28(24.6)				Prueba χ^2 2,399 p:0.494
	mala	regular	buena	muy buena	mala	regular	buena	muy buena	
	25(69.4)	28(84.8)	28(73.7)	5(71.4)	11(30.6)	5(15.2)	10(26.3)	2(28.6)	

Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.									
Est Pr.	NO Frecuencia % 92(80.7)				SI Frecuencia % 22(19.3)				Prueba χ^2
	mala	regular	buena	muy buena	mala	regular	buena	muy buena	0,356 p:0.949
	28(77.8)	27(81.8)	31(81.6)	6(85.7)	8(22.2)	6(18.2)	7(18.4)	1(14.3)	
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.									
Est Pr.	NO Frecuencia % 75(65.8)				SI Frecuencia % 39(34.2)				Prueba χ^2
	mala	regular	buena	muy buena	mala	regular	buena	muy buena	3,774 p:0.287
	25(69.4)	25(75.8)	21(53.3)	4(57.1)	11(30.6)	8(24.2)	17(44.7)	3(42.9)	

** p<0.1. Significativo al 10%

Se dan diferencias con el motivo 5, únicamente en el grupo que valora la estancia como regular, dándose mayor frecuencia de recaídas las que lo valoran de este modo que en el resto de valoraciones.

8.4.4. Nivel de apoyo

Tabla 67

Variable: CUANDO TIENE PROBLEMAS/DIFICULTADES PERSONALES ¿HA TENIDO O TIENE APOYO POR PARTE DE...? (N: 121; casos perdidos: 0). 00: ninguno; 1: bajo; 2: medio; 3: alto

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.									
Nivel de apy.	NO				SI				χ^2
	Frecuencia %				Frecuencia %				
	88(72.7)				33(27.3)				
	00	1	2	3	00	1	2	3	6,352
	4(50.0)	25(67.6)	32(86.5)	27(69.2)	4(50.0)	12(32.4)	5(13.5)	12(30.8)	p:0.096**
RTC	-1,5	-0,8	2,3	-0,6	1,5	0,8	-2,3	0,6	
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.									
Nivel de apy.	NO				SI				χ^2
	Frecuencia %				Frecuencia %				
	98(81.0)				23(19.3)				
	00	1	2	3	00	1	2	3	0,566
	6(75.0)	29(78.4)	31(83.8)	32(82.1)	2(25.0)	8(21.6)	6(16.2)	7(17.9)	p:0.904
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...									
Nivel de apy.	NO				SI				χ^2
	Frecuencia %				Frecuencia %				
	57(47.1)				64(52.9)				
	00	1	2	3	00	1	2	3	6,347
	1(12.5)	16(43.2)	22(59.5)	18(46.2)	7(87.5)	21(56.8)	15(40.5)	21(53.8)	p:0.096**
RTC	-2,0	-0,6	1,81	-0,1	2,0	0,6	-1,8	0,1	

Motivo 4: Ingreso en prisión.									
Nivel de apy.	NO				SI				χ^2
	Frecuencia %				Frecuencia %				
	87(71.9)				34(28.1)				
	00	1	2	3	00	1	2	3	4,178
	4(50.0)	24(64.9)	28(75.7)	31(79.5)	4(50.0)	13(35.1)	9(24.3)	8(20.5)	p:0.243
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.									
Nivel de apy.	NO				SI				χ^2
	Frecuencia %				Frecuencia %				
	94(77.7)				27(22.3)				
	00	1	2	3	00	1	2	3	1,314
	6(75.0)	27(73.0)	31(83.8)	30(76.9)	2(25.0)	10(27.0)	6(16.2)	9(23.1)	p:0.726
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.									
Nivel de apy.	NO				SI				χ^2
	Frecuencia %				Frecuencia %				
	94(77.7)				27(22.3)				
	00	1	2	3	00	1	2	3	1,434
	7(87.5)	27(73.0)	28(75.7)	32(82.1)	1(12.5)	10(27.0)	9(24.3)	7(17.9)	p:0.698
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.									
Nivel de apy.	NO				SI				χ^2
	Frecuencia %				Frecuencia %				
	101(83.5)				20(16.5)				
	00	1	2	3	00	1	2	3	0,961
	6(75.0)	30(81.1)	31(83.8)	34(87.2)	2(25.0)	7(18.9)	6(16.2)	5(12.8)	p:0.811
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.									
Nivel de apy.	NO				SI				χ^2
	Frecuencia %				Frecuencia %				
	92(76.0)				29(24.0)				
	00	1	2	3	00	1	2	3	3,938
	4(50.0)	27(73.0)	30(81.1)	31(79.5)	4(50.0)	10(27.0)	7(18.9)	8(20.5)	p:0.268

Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.									
Nivel de apy.	NO				SI				χ^2
	Frecuencia %				Frecuencia %				
	99(81.8)				22(18.2)				
	00	1	2	3	00	1	2	3	0,846
	6(75.0)	31(83.8)	29(78.4)	33(84.6)	2(25.0)	6(16.2)	8(21.6)	6(15.4)	p:0.839
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.									
Nivel de apy.	NO				SI				χ^2
	Frecuencia %				Frecuencia %				
	80(66.1)				41(33.9)				
	00	1	2	3	00	1	2	3	0,509
	5(62.5)	23(62.2)	25(67.6)	27(69.2)	3(37.5)	14(37.8)	12(32.4)	12(30.8)	p:0.917

** p<0.1. Significativo al 10%

En relación a esta variable existen relaciones entre la misma y los motivos 1 y 3. En cuanto al motivo 1 se da menor frecuencia de recaída en las que presentan un nivel de apoyo medio, si bien en relación al motivo 3, presentan una mayor frecuencia de recaída por dicho motivo las que no presentan ningún tipo de apoyo.

8.5. Motivos de recaídas y variables relacionadas con historial adictivo-drogodependencia y sus tratamientos

8.5.1. Sustancia de abuso anterior al ingreso en prisión

Tabla 68

Variable: SUSTANCIA DE ABUSO ANTES DE ENTRAR EN PRISIÓN (N: 117; casos perdidos: 0)

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Sustancia de abuso antes de entrar a prisión	NO				
	Frecuencia %				
	84(71.8)				
	Heroína	Cocaína Base	Cocaína polvo	Heroína + Cocaína	Cannabis
	6(46.2)	13(76.5)	11(78.6)	48(75.0)	6(66.7)
Sustancia de abuso antes de entrar a prisión	SI				
	Frecuencia %				
	33(28.2)				
	Heroína	Cocaína Base	Cocaína polvo	Heroína + Cocaína	Cannabis
	7(53.8)	4(23.5)	3(21.4)	16(25.0)	3(33.3)
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Sustancia de abuso antes de entrar a prisión	NO				
	Frecuencia %				
	96(82.1)				
	Heroína	Cocaína Base	Cocaína polvo	Heroína + Cocaína	Cannabis
	8(61.5)	16(94.1)	12(85.7)	53(82.8)	7(77.8)
Sustancia de abuso antes de entrar a prisión	SI				
	Frecuencia %				
	21(17.9)				
	Heroína	Cocaína Base	Cocaína polvo	Heroína + Cocaína	Cannabis
	5(38.5)	1(5.9)	2(14.3)	11(17.2)	2(22.2)

Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...						
Sustancia de abuso antes de entrar a prisión	NO					
	Frecuencia %					
	55(47.0)					
	Heroína	Cocaína Base	Cocaína polvo	Heroína + Cocaína	Cannabis	
	7(53.8)	5(29.4)	8(57.1)	29(45.3)	6(66.7)	
Sustancia de abuso antes de entrar a prisión	SI					Prueba
	Frecuencia %					χ^2
	62(53.0)					
	Heroína	Cocaína Base	Cocaína polvo	Heroína + Cocaína	Cannabis	4,404
	6(46.2)	12(70.6)	6(42.9)	35(54.7)	3(33.3)	p:0,354
Motivo 4: Ingreso en prisión.						
Sustancia de abuso antes de entrar a prisión	NO					
	Frecuencia %					
	85(72.6)					
	Heroína	Cocaína Base	Cocaína polvo	Heroína + Cocaína	Cannabis	
	9(69.2)	8(47.1)	10(71.4)	51(79.7)	7(77.8)	
Sustancia de abuso antes de entrar a prisión	SI					Prueba
	Frecuencia %					χ^2
	32(27.4)					
	Heroína	Cocaína Base	Cocaína polvo	Heroína + Cocaína	Cannabis	7,404
	4(30.8)	9(52.9)	4(28.6)	13(20.3)	2(22.2)	p:0,116

Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Sustancia de abuso antes de entrar a prisión	NO				
	Frecuencia %				
	91(77.8)				
	Heroína	Cocaína Base	Cocaína polvo	Heroína + Cocaína	Cannabis
	10(76.9)	15(88.2)	11(78.6)	47 (73.4)	8(88.9)
Sustancia de abuso antes de entrar a prisión	SI				
	Frecuencia %				
	26(22.2)				
	Heroína	Cocaína Base	Cocaína polvo	Heroína + Cocaína	Cannabis
	3(23.1)	2(11.8)	3(21.4)	17(26.6)	1(11.1)
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Sustancia de abuso antes de entrar a prisión	NO				
	Frecuencia %				
	90(76.9)				
	Heroína	Cocaína Base	Cocaína polvo	Heroína + Cocaína	Cannabis
	10(76.9)	14(82.4)	12(85.7)	47 (73.4)	7(77.8)
Sustancia de abuso antes de entrar a prisión	SI				
	Frecuencia %				
	27(23.1)				
	Heroína	Cocaína Base	Cocaína polvo	Heroína + Cocaína	Cannabis
	3(23.1)	3(17.6)	2(14.3)	17(26.6)	2(22.2)

Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Sustancia de abuso antes de entrar a prisión	NO				
	Frecuencia %				
	97(82.9)				
	Heroína	Cocaína Base	Cocaína polvo	Heroína + Cocaína	Cannabis
	11(84.6)	13(76.5)	13(92.9)	53(82.8)	7(77.8)
Sustancia de abuso antes de entrar a prisión	SI				
	Frecuencia %				
	20(17.1)				
	Heroína	Cocaína Base	Cocaína polvo	Heroína + Cocaína	Cannabis
	2(15.4)	4(23.5)	1(7.1)	11(17.2)	2(22.2)
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Sustancia de abuso antes de entrar a prisión	NO				
	Frecuencia %				
	88(75.2)				
	Heroína	Cocaína Base	Cocaína polvo	Heroína + Cocaína	Cannabis
	9(69.2)	9(52.9)	10(71.4)	52(81.3)	8(88.9)
Sustancia de abuso antes de entrar a prisión	SI				
	Frecuencia %				
	29(24.8)				
	Heroína	Cocaína Base	Cocaína polvo	Heroína + Cocaína	Cannabis
	4(30.8)	8(47.1)	4(28.6)	12(18.8)	1(11.1)

Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.						
Sustancia de abuso antes de entrar a prisión	NO					
	Frecuencia %					
	95(81.2)					
	Heroína	Cocaína Base	Cocaína polvo	Heroína + Cocaína	Cannabis	
	11(84.6)	12(70.6)	11(78.6)	54(84.4)	7(77.8)	
Sustancia de abuso antes de entrar a prisión	SI					Prueba
	Frecuencia %					χ^2
	22(18.8)					
	Heroína	Cocaína Base	Cocaína polvo	Heroína + Cocaína	Cannabis	1,908
	2(15.4)	5(29.4)	3(21.4)	10(15.6)	2(22.2)	p:0,753
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.						
Sustancia de abuso antes de entrar a prisión	NO					
	Frecuencia %					
	76(65.0)					
	Heroína	Cocaína Base	Cocaína polvo	Heroína + Cocaína	Cannabis	
	7(53.8)	11 (64.7)	10(71.4)	43(67.2)	5(55.6)	
Sustancia de abuso antes de entrar a prisión	SI					Prueba
	Frecuencia %					χ^2
	41(35.0)					
	Heroína	Cocaína Base	Cocaína polvo	Heroína + Cocaína	Cannabis	1,452
	6(46.2)	6(35.3)	4(28.6)	21(32.8)	4(44.4)	p:0,835

La variable sustancia principal de consumo anterior al ingreso a prisión no se relaciona con ninguno de los motivos de recaída.

8.5.2. Tratamiento drogas anterior al ingreso a prisión

Tabla 69

Variable: ¿HA TENIDO USTED ALGUNA VEZ, ANTERIOR A SU INGRESO A PRISIÓN TRATAMIENTO DE CUALQUIER TIPO PARA DEJAR O CONTROLAR EL CONSUMO DE DROGAS? (N: 120; casos perdidos: 1(0.8%)).

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Tratamiento de drogas	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	88(73.3)		32(26.7)		
	SI	NO	SI	NO	3,873 p:0.049*
	58(68.2)	30(85.7)	27(31.6)	5(14.3)	
Residuos tipificados corregidos	-2,0	2,0	2,0	-2,0	
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Tratamiento de drogas	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	97(80.8)		23(19.2)		
	SI	NO	SI	NO	0,022 p:0.882
	69(81.2)	28(80.0)	16(18.8)	7(20.0)	
Residuos tipificados corregidos					
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Tratamiento de drogas	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	56(46.7)		64(53.3)		
	SI	NO	SI	NO	3,529 p:0.060**
	35(41.2)	21(60.0)	50(58.8)	14(40.0)	
Residuos tipificados corregidos	-1,9	1,9	1,9	-1,9	

Motivo 4: Ingreso en prisión					
Tratamiento de drogas	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	86(71.1)		34(28.3)		
	SI	NO	SI	NO	0,233
	62(72.9)	24(68.6)	23(27.1)	11(31.4)	p:0.629
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Tratamiento de drogas	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	93(77.5)		27(22.5)		
	SI	NO	SI	NO	0,004
	66(77.6)	27(77.1)	19(22.4)	8(22.9)	p:0.952
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Tratamiento de drogas	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	93(77.5)		27(22.5)		
	SI	NO	SI	NO	0,813
	64(75.3)	29(82.9)	21(24.7)	6(17.1)	p:0.367
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Tratamiento de drogas	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	100(83.3)		20(16.7)		
	SI	NO	SI	NO	0,008
	71(83.5)	29(82.9)	14(16.5)	6(17.1)	p:0.928

Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Tratamiento de drogas	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	91(75.8)		29(24.2)		
	SI	NO	SI	NO	0,065
	65(76.5)	26(74.3)	20(23.5)	9(25.7)	p:0.799
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Tratamiento de drogas	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	98(81.7)		22(18.3)		
	SI	NO	SI	NO	0,541
	68(80.0)	30(85.7)	17(20.0)	5(14.3)	p:0.462
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Tratamiento de drogas	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	79(65.8)		41(34.2)		
	SI	NO	SI	NO	0,165
	55(64.7)	24(68.6)	30(35.3)	11(31.4)	p:0.685

*p<0.05 Significativo al 5%

**p<0.1. Significativo al 10%

Se dan diferencias entre la variable analizada y los motivos 1 y 3. En relación al motivo 1, éste señala que recaen más por este motivo las que si han recibido alguna vez tratamiento para el abandono de drogas. En cuanto al motivo 3, existiendo diferencias, los residuos tipificados corregidos no alcanzan significación estadística.

8.5.3. Tipo de tratamiento: desintoxicación

Tabla 70

Variable: ¿QUÉ TIPO DE TRATAMIENTO HA RECIBIDO DE CUALQUIER TIPO PARA DEJAR O CONTROLAR EL CONSUMO DE DROGAS? DESINTOXICACIÓN (N: 69; casos perdidos: 52 (43.0%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Desintoxicación	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	45(65.2)		24(34.8)		
	SI	NO	SI	NO	1,150
	28(62.2)	17(37.8)	18(75.0)	6(25.0)	p:0.284
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Desintoxicación	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	56(81.2)		13(18.8)		
	SI	NO	SI	NO	0,968
	35(77.8)	21(87.5)	10(22.2)	3(12.5)	p:0.325
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Desintoxicación	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	27(39.1)		42(60.9)		
	SI	NO	SI	NO	0,099
	17(37.8)	10(41.7)	28(62.2)	14(58.3)	p:0.753
Motivo 4: Ingreso en prisión					
Desintoxicación	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	49(71.0)		20(29.0)		
	SI	NO	SI	NO	2,713
	29(64.4)	20(83.3)	16(35.6)	4(16.7)	p:0.100

Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Desintoxicación	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	54(78.3)		15(21.7)		
	SI	NO	SI	NO	0,230
	36(80.0)	18(75.0)	9(20.0)	6(25.0)	p:0.632
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Desintoxicación	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	52(75.4)		17(24.6)		
	SI	NO	SI	NO	1,499
	36(80.0)	16(66.7)	9(20.0)	8(33.3)	p:0.221
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Desintoxicación	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	55(79.7)		14(20.3)		
	SI	NO	SI	NO	1,793
	38(84.4)	17(70.8)	7(15.6)	7(29.2)	p:0.181
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Desintoxicación	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	53(76.8)		16(23.2)		
	SI	NO	SI	NO	0,068
	35(77.8)	18(75.0)	10(22.2)	6(25.0)	p:0.795

Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Desintoxicación	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	56(81.2)		13(18.8)		
	SI	NO	SI	NO	0,096
	37(82.2)	19(79.2)	8(17.8)	5(20.8)	p:0.757
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Desintoxicación	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	43(62.3)		26(37.7)		
	SI	NO	SI	NO	0,249
	29(64.4)	14(58.3)	16(35.6)	10(41.7)	p:0.618

No existe relación, significación estadística entre haber recibido tratamiento de desintoxicación con ninguno de los motivos de recaídas.

8.5.4. Tipo de tratamiento: ambulatorio

Tabla 71

Variable: ¿QUÉ TIPO DE TRATAMIENTO HA RECIBIDO DE CUALQUIER TIPO PARA DEJAR O CONTROLAR EL CONSUMO DE DROGAS? TRATAMIENTO AMBULATORIO (N: 63; casos perdidos: 58(47.9%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Tratamiento	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	43(68.3)		20(31.7)		
Ambulatorio	SI	NO	SI	NO	0,019
	25(67.6)	18(69.2)	12(32.4)	8(30.8)	p:0.889

Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Tratamiento Ambulatorio	NO Frecuencia % 55(87.3)		SI Frecuencia % 8(12.7)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	1,001
	31(83.8)	24(92.3)	6(16.2)	2(7.7)	p:0.317
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Tratamiento Ambulatorio	NO Frecuencia % 23(36.5)		SI Frecuencia % 40(63.5)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,642
	12(32.4)	11(42.3)	25(67.6)	15(57.7)	p:0.423
Motivo 4: Ingreso en prisión					
Tratamiento Ambulatorio	NO Frecuencia % 44(69.8)		SI Frecuencia % 19(30.2)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,220
	25(67.6)	19(73.1)	12(32.4)	7(26.9)	p:0.639
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Tratamiento Ambulatorio	NO Frecuencia % 49(77.8)		SI Frecuencia % 14(22.2)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,019
	29(78.4)	20(76.9)	8(21.6)	6(23.1)	p:0.891

Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Tratamiento Ambulatorio	NO Frecuencia % 47(74.6)		SI Frecuencia % 16(25.4)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,674
	29(78.4)	18(69.2)	8(21.6)	8(30.8)	p:0.412
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Tratamiento Ambulatorio	NO Frecuencia % 52(82.5)		SI Frecuencia % 11(17.5)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,969
	32(86.5)	20(76.9)	5(13.5)	6(23.1)	p:0.325
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Tratamiento Ambulatorio	NO Frecuencia % 48(76.2)		SI Frecuencia % 15(23.8)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	1,732
	26(70.3)	22(84.6)	11(29.7)	4(15.4)	p:0.188
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Tratamiento Ambulatorio	NO Frecuencia % 50(79.4)		SI Frecuencia % 13(20.6)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,053
	29(78.4)	21(80.8)	8(21.6)	5(19.2)	p:0.817

Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Tratamiento Ambulatorio	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	42(66.7)		21(33.3)		
	SI	NO	SI	NO	0,524
	26(70.3)	16(61.5)	11(29.7)	10(38.5)	p:0.469

No existe relación, significación estadística entre haber recibido tratamiento ambulatorio con ninguno de los motivos de recaídas.

8.5.5. Tipo d tratamiento: centro de día

Tabla 72

Variable: ¿QUÉ TIPO DE TRATAMIENTO HA RECIBIDO DE CUALQUIER TIPO PARA DEJAR O CONTROLAR EL CONSUMO DE DROGAS? CENTRO DE DÍA (N: 62; casos perdidos: 59(48.8%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Centro de Día	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	42(67.7)		20(32.3)		
	SI	NO	SI	NO	0,045
	18(69.2)	24(66.7)	8(30.8)	12(33.3)	p:0.831
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Centro de Día	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	53(85.5)		9(14.5)		
	SI	NO	SI	NO	2,645
	20(76.9)	33(91.7)	6(23.1)	3(8.3)	p:0.104

Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Centro de Día	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	24(38.7)		38(61.3)		
Centro de Día	SI	NO	SI	NO	2,406
	13(50.0)	11(30.6)	13(50.0)	25(69.4)	p:0.121
Motivo 4: Ingreso en prisión					
Centro de Día	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	44(71.0)		18(29.0)		
Centro de Día	SI	NO	SI	NO	3,830
	15(57.7)	29(80.6)	11(42.3)	7(19.4)	p:0.050**
Residuos tipificados corregidos	-2,0	2,0	2,0	-2,0	
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Centro de Día	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	50(80.6)		12(19.4)		
Centro de Día	SI	NO	SI	NO	0,000
	21(80.8)	29(80.6)	5(19.2)	7(19.4)	p:0.983
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Centro de Día	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	45(72.6)		17(27.4)		
Centro de Día	SI	NO	SI	NO	1,509
	21(80.8)	24(66.7)	5(19.2)	12(33.3)	p:0.219

Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Centro de Día	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	49(79.0)		13(21.0)		
Centro de Día	SI	NO	SI	NO	0,120
	20(76.9)	29(80.6)	6(23.1)	7(19.4)	p:0.729
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Centro de Día	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	48(77.4)		14(22.6)		
Centro de Día	SI	NO	SI	NO	1,717
	18(69.2)	30(83.3)	8(30.8)	6(16.7)	p:0.190
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Centro de Día	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	51(82.3)		11(17.7)		
Centro de Día	SI	NO	SI	NO	2,586
	19(73.1)	32(88.9)	7(26.9)	4(11.1)	p:0.108
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Centro de Día	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	41(66.1)		21(33.9)		
Centro de Día	SI	NO	SI	NO	0,421
	16(61.5)	25(69.4)	10(38.5)	11(30.6)	p:0.516

**p<0.1 Significativo al 10%

Existe relación entre las que han sido tratadas en Centro de día y el motivo 4. Éstas, las que sí han recibido tratamiento en Centro de Día, recaen más por este motivo.

8.5.6. Tipo d tratamiento: comunidad terapéutica

Tabla 73

Variable: ¿QUÉ TIPO DE TRATAMIENTO HA RECIBIDO DE CUALQUIER TIPO PARA DEJAR O CONTROLAR EL CONSUMO DE DROGAS? COMUNIDAD TERAPÉUTICA (N: 68; casos perdidos: 53(43.8%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Comunidad Terapéutica	NO Frecuencia % 47(69.1)		SI Frecuencia % 21(30.9)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	1,840
	23(62.2)	24(77.4)	14(37.8)	7(22.6)	p:0.175
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Comunidad Terapéutica	NO Frecuencia % 56(82.4)		SI Frecuencia % 12(17.6)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,090
	30(81.1)	26(83.9)	7(18.9)	5(16.1)	p:0.764
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Comunidad Terapéutica	NO Frecuencia % 29(42.6)		SI Frecuencia % 39(57.4)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,147
	15(40.5)	14(45.2)	22(59.5)	17(54.8)	p:0.701
Motivo 4: Ingreso en prisión					
Comunidad Terapéutica	NO Frecuencia % 48(70.6)		SI Frecuencia % 20(29.4)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	2,776
	23(62.2)	25(80.6)	14(37.8)	6(19.4)	p:0.096*
Residuos tipificados corregidos	-1,7	1,7	1.7	-1,7	

Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Comunidad Terapéutica	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	55(80.9)		13(19.1)		
	SI	NO	SI	NO	0,329
	29(78.4)	26(83.9)	8(21.6)	5(16.1)	p:0.566
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Comunidad Terapéutica	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	50(73.5)		18(26.5)		
	SI	NO	SI	NO	1,482
	25(67.6)	25(80.6)	12(32.4)	6(19.4)	p:0.223
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Comunidad Terapéutica	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	56(82.4)		12(17.6)		
	SI	NO	SI	NO	0,114
	31(83.8)	25(80.6)	6(16.2)	6(19.4)	p:0.735
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Comunidad Terapéutica	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	53(77.9)		15(22.1)		
	SI	NO	SI	NO	0,009
	29(78.4)	24(77.4)	8(21.6)	7(22.6)	p:0.924
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Comunidad Terapéutica	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	56(82.4)		12(17.6)		
	SI	NO	SI	NO	0,090
	30(81.1)	26(83.9)	7(18.9)	5(16.1)	p:0.764

Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Comunidad Terapéutica	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	45(66.2)		23(33.8)		
	SI	NO	SI	NO	0,584
	23(62.2)	22(71.0)	14(37.8)	9(29.0)	p:0.445

**p<0.1. Significativo al 10%

Aún existiendo diferencias entre haber recibido tratamiento en Comunidad Terapéutica y el motivo 4, los residuos tipificados corregidos no alcanzan significación estadística.

8.5.7. Tipo de tratamiento: Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM)

Tabla 74

Variable: ¿QUÉ TIPO DE TRATAMIENTO HA RECIBIDO DE CUALQUIER TIPO PARA DEJAR O CONTROLAR EL CONSUMO DE DROGAS? TRATAMIENTO CON METADONA (N: 73; casos perdidos: 48(39.7%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Tratamiento con Metadona	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	51(69.9)		22(30.1)		
	SI	NO	SI	NO	0,063
	38(69.1)	13(72.2)	17(30.9)	5(27.8)	p:0.802
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Tratamiento con Metadona	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	59(80.8)		14(19.2)		
	SI	NO	SI	NO	0,143
	45(81.8)	14(77.8)	10(18.2)	4(22.2)	p:0.705

Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Tratamiento con Metadona	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	29(39.7)		44(60.3)		
	SI	NO	SI	NO	3,057
	25(45.5)	4(22.2)	30(54.5)	14(77.8)	p:0.080**
Residuos tipificados corregidos	-1,7	1,7	1,7	-1,7	
Motivo 4: Ingreso en prisión					
Tratamiento con Metadona	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	54(74.0)		19(26.0)		
	SI	NO	SI	NO	0,662
	42(76.4)	12(66.7)	13(23.6)	6(33.3)	p:0.416
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Tratamiento con Metadona	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	57(78.1)		16(21.9)		
	SI	NO	SI	NO	4,021
	46(83.6)	11(61.1)	9(16.4)	7(38.9)	p:0.045*
Residuos tipificados corregidos	2,0	-2,0	-2,0	2,0	
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Tratamiento con Metadona	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	55(75.3)		18(24.7)		
	SI	NO	SI	NO	0,076
	41(74.5)	14(77.8)	14(25.5)	4(22.2)	p:0.782

Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Tratamiento con Metadona	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	61(83.6)		12(16.4)		
	SI	NO	SI	NO	2,236
	48(87.3)	13(72.2)	7(12.7)	5(27.8)	p:0.135
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Tratamiento con Metadona	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	58(79.5)		15(20.5)		
	SI	NO	SI	NO	0,765
	45(81.8)	13(72.2)	10(18.2)	5(27.8)	p:0.382
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Tratamiento con Metadona	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	63(86.3)		10(13.7)		
	SI	NO	SI	NO	0,178
	48(87.3)	15(83.3)	7(12.7)	3(16.7)	p:0.673
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Tratamiento con Metadona	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	49(67.1)		24(32.9)		
	SI	NO	SI	NO	0,391
	38(69.1)	11(61.1)	17(30.9)	7(38.9)	p:0.532

*p<0.05 Significativo al 5%

**p<0.1. Significativo al 10%

Existen relación entre haber recibió tratamiento con metadona y el Motivo 3 y 5; si bien en cuanto al motivo 3, los residuos tipificados corregidos no alcanzan

significación estadística. En cuanto al motivo 5 presentan con mayor frecuencia este motivo de recaída las que no han recibido este tipo de tratamiento.

8.5.8. Tipo de tratamiento: otros

Tabla 75

Variable: ¿QUÉ TIPO DE TRATAMIENTO HA RECIBIDO DE CUALQUIER TIPO PARA DEJAR O CONTROLAR EL CONSUMO DE DROGAS? OTROS TRATAMIENTOS (N: 25; casos perdidos: 96(79.3%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Otros tratamientos	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	16(64.0)		9(36.0)		
	SI	NO	SI	NO	1,281
	5(83.3)	11(57.9)	1(16.7)	8(42.1)	p:0.258
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Otros tratamientos	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	21(84.0)		4(16.0)		
	SI	NO	SI	NO	0,003
	5(83.3)	16(82.2)	1(16.7)	3(15.8)	p:0.959
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Otros tratamientos	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	29(39.7)		44(60.3)		
	SI	NO	SI	NO	1,791
	1(16.7)	9(47.4)	5(83.3)	10(52.6)	p:0.181

Motivo 4: Ingreso en prisión					
Otros tratamientos	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	19(76.0)		6(24.0)		
	SI	NO	SI	NO	2,926
	3(50.0)	16(84.2)	3(50.0)	3(15.8)	p:0.087**
Residuos tipificados corregidos	-1,7	1,7	1.7	-1,7	
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Otros tratamientos	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	19(76.0)		6(24.0)		
	SI	NO	SI	NO	0,377
	4(66.7)	15(78.9)	2(33.3)	4(21.1)	p:0.539
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Otros tratamientos	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	18(72.0)		7(28.0)		
	SI	NO	SI	NO	5,855
	2(33.3)	16(84.2)	4(66.7)	3(15.8)	p:0.016*
Residuos tipificados corregidos	-2,4	2,4	2.4	-2,4	
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Otros tratamientos	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	18(72.0)		7(28.0)		
	SI	NO	SI	NO	0,503
	5(83.3)	13(68.4)	1(16.7)	6(31.6)	p:0.478

Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Otros tratamientos	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	18(72.0)		7(28.0)		
	SI	NO	SI	NO	0,111
	4(66.7)	14(73.7)	2(33.3)	5(26.3)	p:0.739
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Otros tratamientos	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	21(84.0)		4(16.0)		
	SI	NO	SI	NO	1,504
	46(100.0)	15(78.9)	7(0.0)	4(21.1)	p:0.220
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Otros tratamientos	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	15(60.0)		10(40.0)		
	SI	NO	SI	NO	2,339
	2(33.3)	13(68.4)	4(66.7)	6(31.6)	p:0.126

*p<0.05 Significativo al 5%

**p<0.1. Significativo al 10%

Hay diferencias tanto para el motivo 4 y 6. Si bien en el motivo 4, los residuos tipificados corregidos no alcanzan la significación estadística. Para el motivo 6, recaen con mayor frecuencia las que si han sido tratadas con “otros tratamientos”.

8.5.9. Continuación del tratamiento

Tabla 76

Variable: ¿CONTINUÓ EN LA PRISIÓN EL TRATAMIENTO QUE ESTABA RECIBIENDO ESTANDO EN LIBERTAD? (N: 85; casos perdidos: 36(29.8%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Continuación de tratamiento	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	58(68.2)		27(31.8)		
	SI	NO	SI	NO	0,458
	32(65.3)	26(72.2)	17(34.7)	10(27.8)	p:0.499
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Continuación de tratamiento	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	68(80.0)		17(20.0)		
	SI	NO	SI	NO	0,193
	40(81.6)	28(77.7)	9(18.4)	8(22.2)	p:0.661
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Continuación de tratamiento	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	35(41.2)		50(58.8)		
	SI	NO	SI	NO	0,942
	18(36.7)	17(47.2)	31(63.3)	19(52.8)	p:0.332
Motivo 4: Ingreso en prisión					
Continuación de tratamiento	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	62(72.9)		23(27.1)		
	SI	NO	SI	NO	0,016
	36(73.5)	26(72.2)	13(26.5)	10(27.8)	p:0.898

Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Continuación de tratamiento	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	66(77.6)		19(22.4)		
	SI	NO	SI	NO	0,252
	39(79.6)	27(75.0)	10(20.4)	9(25.0)	p:0.616
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Continuación de tratamiento	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	64(75.3)		21(24.7)		
	SI	NO	SI	NO	1,149
	39(79.6)	25(69.4)	10(20.4)	11(30.6)	p:0.284
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Continuación de tratamiento	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	71(83.5)		14(16.5)		
	SI	NO	SI	NO	0,002
	41(83.7)	30(83.3)	8(16.3)	6(16.7)	p:0.967
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Continuación de tratamiento	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	65(76.5)		20(23.5)		
	SI	NO	SI	NO	8,188
	43(87.8)	22(61.1)	6(12.2)	14(38.9)	p:0.004*
Residuos tipificados corregidos	-2,9	2,9	-2,9	2,9	

Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Continuación de tratamiento	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	68(80.0)		17(20.0)		
	SI	NO	SI	NO	0,434
	38(77.6)	30(83.3)	11(22.4)	6(16.7)	p:0.510
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Continuación de tratamiento	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	56(65.9)		29(34.12)		
	SI	NO	SI	NO	0,017
	32(65.3)	24(66.7)	17(34.7)	12(33.3)	p:0.896

*p<0.05 Significativo al 5%

Existe relación entre la variable y el motivo 8, siendo las que más recaen por este motivo las que no continuaron el tratamiento tras el ingreso en prisión, es decir presentan menos este motivo las que si lo continuaron.

8.5.10. Tratamiento en la actualidad

Tabla 77

Variable: ¿ACTUALMENTE ESTÁ EN TRATAMIENTO PARA DEJAR O CONTROLAR EL CONSUMO DE DROGAS? (N: 121; casos perdidos: 0(0.0%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Actualmente en tratamiento	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	88(72.7)		33(27.3)		
	SI	NO	SI	NO	0,552
	44(69.8)	44(75.9)	19(30.2)	14(24.1)	p:0.458

Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Actualmente en tratamiento	NO Frecuencia % 98(81.0)		SI Frecuencia % 23(19.0)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	1,968
	48(76.2)	50(86.2)	15(23.8)	8(13.8)	p:0.161
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Actualmente en tratamiento	NO Frecuencia % 57(47.1)		SI Frecuencia % 64(52.9)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	2,908
	25(39.7)	32(55.2)	38(60.3)	26(44.8)	p:0.088**
Residuos tipificados corregidos	-1,7	1,7	1.7	-1,7	
Motivo 4: Ingreso en prisión					
Actualmente en tratamiento	NO Frecuencia % 87(71.9)		SI Frecuencia % 34(28.1)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,865
	43(68.3)	44(75.9)	20(31.7)	14(24.1)	p:0.352
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Actualmente en tratamiento	NO Frecuencia % 94(77.7)		SI Frecuencia % 27(22.3)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	3,145
	53(84.1)	41(70.7)	10(15.9)	17(29.3)	p:0.076**
Residuos tipificados corregidos	1,8	-1,8	-1.8	1,8	

Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Actualmente en tratamiento	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	94(77.7)		27(22.3)		
	SI	NO	SI	NO	1,786
	52(82.5)	42(72.4)	11(17.5)	16(27.6)	p:0.181
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Actualmente en tratamiento	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	101(83.5)		20(16.5)		
	SI	NO	SI	NO	0,041
	53(84.1)	48(82.8)	10(15.9)	10(17.2)	p:0.840
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Actualmente en tratamiento	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	92(76.0)		29(24.0)		
	SI	NO	SI	NO	0,220
	49(77.8)	43(74.1)	14(22.2)	15(25.9)	p:0.639
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Actualmente en tratamiento	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	99(81.8)		22(18.2)		
	SI	NO	SI	NO	1,442
	49(77.8)	50(86.2)	14(22.2)	8(13.8)	p:0.230

Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Actualmente en tratamiento	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	80(66.1)		41(33.9)		
	SI	NO	SI	NO	1,040
	39(61.9)	41(70.7)	24(38.1)	17(29.3)	p:0.308

**p<0.1. Significativo al 10%

Existen diferencias significativas en esta variable, estar actualmente en tratamiento, para los Motivos 3 y 5, si bien los residuos tipificados corregidos no alcanzan significación estadística.

8.5.11. Tratamiento en la actualidad: desintoxicación

Tabla 78

Variable: ¿QUÉ TIPO DE TRATAMIENTO ESTÁ RECIBIENDO? TRATAMIENTO DE DESINTOXICACIÓN (N: 121; casos perdidos: 0(0.0%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Tratamiento Desintoxicación	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	88(72.7)		33(27.3)		
	SI	NO	SI	NO	0,147
	11(68.8)	77(73.3)	5(31.3)	28(26.7)	p:0.701
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Tratamiento Desintoxicación	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	98(81.0)		23(19.0)		
	SI	NO	SI	NO	1,795
	11(68.8)	87(82.9)	5(31.3)	18(17.1)	p:0.180

Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Tratamiento Desintoxicación	NO Frecuencia % 57(47.1)		SI Frecuencia % 64(52.9)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,683
	6(37.5)	51(48.6)	10(62.5)	54(51.4)	p:0.409
Motivo 4: Ingreso en prisión					
Tratamiento Desintoxicación	NO Frecuencia % 87(71.9)		SI Frecuencia % 34(28.1)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	4,377
	8(50.0)	79(75.2)	8(50.0)	26(24.8)	p:0.036*
Residuos tipificados corregidos	-2,1	2,1	2,1	-2,1	
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Tratamiento Desintoxicación	NO Frecuencia % 94(77.7)		SI Frecuencia % 27(22.3)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,849
	11(68.8)	83(79.0)	5(31.2)	22(21.0)	p:0.357
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Tratamiento Desintoxicación	NO Frecuencia % 94(77.7)		SI Frecuencia % 27(22.3)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,135
	13(81.3)	81(77.1)	3(18.8)	24(22.9)	p:0.713

Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Tratamiento Desintoxicación	NO Frecuencia % 101(83.5)		SI Frecuencia % 20(16.5)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,066
	13(81.3)	88(83.8)	3(18.8)	17(16.2)	p:0.797
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Tratamiento Desintoxicación	NO Frecuencia % 92(76.0)		SI Frecuencia % 29(24.0)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,275
	13(81.3)	79(75.2)	3(18.8)	26(24.8)	p:0.600
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Tratamiento Desintoxicación	NO Frecuencia % 99(81.8)		SI Frecuencia % 22(18.2)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,400
	14(87.5)	85(81.0)	2(12.5)	20(19.0)	p:0.527
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Tratamiento Desintoxicación	NO Frecuencia % 80(66.1)		SI Frecuencia % 41(33.9)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,801
	9(56.3)	71(67.6)	7(43.8)	34(32.4)	p:0.371

*p<0.05 Significativo al 5%

Hay diferencias en relación al Motivo 4, siendo más frecuente recaer por este motivo en las que si se encuentran en tratamiento de desintoxicación.

8.5.12. Tratamiento en la actualidad: deshabituación sin metadona

Tabla 79

Variable: ¿QUÉ TIPO DE TRATAMIENTO ESTÁ RECIBIENDO? TRATAMIENTO DE DESHABITUACION, SIN METADONA (N: 121; casos perdidos: 0(0.0%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Tratamiento Deshabitución sin metadona	NO Frecuencia % 88(72.7)		SI Frecuencia % 33(27.3)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	1,280
	8(88.9)	80(71.4)	1(11.1)	32(28.6)	p:0.258
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Tratamiento Deshabitución sin metadona	NO Frecuencia % 98(81.0)		SI Frecuencia % 23(19.0)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,394
	8(88.9)	90(80.4)	1(11.1)	22(19.6)	p:0.530
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Tratamiento Deshabitución sin metadona	NO Frecuencia % 57(47.1)		SI Frecuencia % 64(52.9)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	2,417
	2(22.2)	55(49.1)	7(77.8)	57(50.9)	p:0.120
Motivo 4: Ingreso en prisión					
Tratamiento Deshabitución sin metadona	NO Frecuencia % 87(71.9)		SI Frecuencia % 34(28.1)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	1,286
	5(55.6)	82(73.2)	4(44.4)	30(26.8)	p:0.257

Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Tratamiento Deshabitación sin metadona	NO Frecuencia % 94(77.7)		SI Frecuencia % 27(22.3)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	2,747
	5(55.6)	89(79.5)	4(44.4)	23(20.5)	p:0.097**
Residuos tipificados corregidos	-1,7	1,7	1.7	-1,7	
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Tratamiento Deshabitación sin metadona	NO Frecuencia % 94(77.7)		SI Frecuencia % 27(22.3)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,704
	8(88.9)	86(76.8)	1(11.1)	26(23.2)	p:0.401
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Tratamiento Deshabitación sin metadona	NO Frecuencia % 101(83.5)		SI Frecuencia % 20(16.5)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,228
	7(77.8)	94(83.9)	3(18.8)	2(22.2)	p:0.633
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Tratamiento Deshabitación sin metadona	NO Frecuencia % 92(76.0)		SI Frecuencia % 29(24.0)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,016
	7(77.8)	85(75.9)	2(22.2)	27(24.1)	p:0.899

Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Tratamiento Deshabitación sin metadona	NO Frecuencia % 99(81.8)		SI Frecuencia % 22(18.2)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	1,500
	6(66.7)	93(83.0)	3(33.3)	19(17.0)	p:0.221
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Tratamiento Deshabitación sin metadona	NO Frecuencia % 80(66.1)		SI Frecuencia % 41(33.9)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,484
	5(55.6)	75(67.0)	4(44.4)	37(33.0)	p:0.487

**p<0.1 Significativo al 10%

Aún existiendo diferencias en relación al Motivo 5, los residuos tipificados corregidos no alcanzan significación estadística.

8.5.13. Tratamiento en la actualidad: deshabitación con metadona

Tabla 80

Variable: ¿QUÉ TIPO DE TRATAMIENTO ESTÁ RECIBIENDO? TRATAMIENTO DE DESHABITUACION, CON METADONA (N: 121; casos perdidos: 0(0.0%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Tratamiento Deshabitación con metadona	NO Frecuencia % 88(72.7)		SI Frecuencia % 33(27.3)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	6,145
	22(57.9)	66(79.5)	16(42.1)	17(20.5)	p:0.013*
Residuos tipificados corregidos	-2,5	2,5	2.5	-2,5	

Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Tratamiento Deshabitación con metadona	NO Frecuencia % 98(81.0)		SI Frecuencia % 23(19.0)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	1,922
	28(73.7)	70(84.3)	10(26.3)	13(15.7)	p:0.166
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Tratamiento Deshabitación con metadona	NO Frecuencia % 57(47.1)		SI Frecuencia % 64(52.9)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,125
	17(44.7)	40(48.2)	21(55.3)	43(51.8)	p:0.724
Motivo 4: Ingreso en prisión					
Tratamiento Deshabitación con metadona	NO Frecuencia % 87(71.9)		SI Frecuencia % 34(28.1)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,534
	29(76.3)	58(69.9)	9(23.7)	25(30.1)	p:0.465
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Tratamiento Deshabitación con metadona	NO Frecuencia % 94(77.7)		SI Frecuencia % 27(22.3)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	4,440
	34(89.5)	60(72.3)	4(10.5)	23(27.7)	p:0.035*
Residuos tipificados corregidos	2,1	-2,1	-2.1	2,1	

Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Tratamiento Deshabitación con metadona	NO Frecuencia % 94(77.7)		SI Frecuencia % 27(22.3)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	1,360
	32(84.2)	62(74.7)	6(15.8)	21(25.3)	p:0.243
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Tratamiento Deshabitación con metadona	NO Frecuencia % 101(83.5)		SI Frecuencia % 20(16.5)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,456
	33(86.8)	68(81.9)	5(13.2)	15(28.1)	p:0.499
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Tratamiento Deshabitación con metadona	NO Frecuencia % 92(76.0)		SI Frecuencia % 29(24.0)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	2,033
	32(84.2)	60(72.3)	6(15.8)	23(27.7)	p:0.154
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Tratamiento Deshabitación con metadona	NO Frecuencia % 99(81.8)		SI Frecuencia % 22(18.2)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,002
	31(81.6)	68(81.9)	7(18.4)	15(18.1)	p:0.963

Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Tratamiento Deshabitación con metadona	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	80(66.1)		41(33.9)		
	SI	NO	SI	NO	0,216
	24(63.2)	56(67.5)	14(36.8)	27(32.5)	p:0.642

*p<0.05 Significativo al 5

Existen diferencias tanto para el motivo 1 y 5. En cuanto al motivo 1 es más frecuente en las que si realizan tratamiento con metadona. En relación al motivo 5, es más frecuente en las que no lo realizan.

8.5.14. Tratamiento en la actualidad: programa de intercambio de jeringuillas

Tabla 81

Variable: ¿QUÉ TIPO DE TRATAMIENTO ESTÁ RECIBIENDO? TRATAMIENTO CON PROGRAMA DE INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS, PIJ (N: 121; casos perdidos: 0(0.0%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Tratamiento Intercambio jeringuillas	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	88(73.3)		33(26.7)		
	SI	NO	SI	NO	2,689
	0(0.0)	88(73.3)	1(100.0)	32(26.7)	p:0.101

Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Tratamiento Intercambio jeringuillas	NO Frecuencia % 98(81.0)		SI Frecuencia % 23(19.0)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	4,296
	0(0.0)	98(81.7)	1(100.0)	22(18.3)	p:0.038*
Residuos tipificados corregidos	-2,1	2,1	2.1	-2,1	
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Tratamiento Intercambio jeringuillas	NO Frecuencia % 57(47.1)		SI Frecuencia % 64(52.9)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,898
	0(0.0)	57(47.5)	1(100.0)	63(52.5)	p:0.343
Motivo 4: Ingreso en prisión					
Tratamiento Intercambio jeringuillas	NO Frecuencia % 87(71.9)		SI Frecuencia % 34(28.1)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	2,580
	0(0.0)	87(72.5)	1(100.0)	33(27.5)	p:0.108
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Tratamiento Intercambio jeringuillas	NO Frecuencia % 94(77.7)		SI Frecuencia % 27(22.3)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,290
	1(100.0)	90(77.5)	0(0.0)	27(22.5)	p:0.590

Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Tratamiento Intercambio jeringuillas	NO Frecuencia % 94(77.7)		SI Frecuencia % 27(22.3)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,290
	1(100.0)	93(77.5)	0(0.0)	27(22.5)	p:0.590
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Tratamiento Intercambio jeringuillas	NO Frecuencia % 101(83.5)		SI Frecuencia % 20(16.5)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	5,092
	0(0.0)	101(84.2)	1(100.0)	19(15.8)	p:0.024*
Residuos tipificados corregidos	-2,3	2,3	2,3	-2,3	
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Tratamiento Intercambio jeringuillas	NO Frecuencia % 92(76.0)		SI Frecuencia % 29(24.0)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	3,199
	0(0.0)	92(76.7)	1(100.0)	28(23.3)	p:0.074**
Residuos tipificados corregidos	-1,8	1,8	1,8	-1,8	

Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Tratamiento Intercambio jeringuillas	NO Frecuencia % 99(81.8)		SI Frecuencia % 22(18.2)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	4,538 p:0.033*
	0(0.0)	99(82.5)	1(100.0)	21(17.5)	
Residuos tipificados corregidos	-2,1	2,1	2.1	-2,1	
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Tratamiento Intercambio jeringuillas	NO Frecuencia % 80(66.1)		SI Frecuencia % 41(33.9)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	1,967 p:0.161
	0(0.0)	80(66.7)	11(100.0)	40(33.3)	

*p<0.05 Significativo al 5%

**p<0.1 Significativo al 10%

Esta variable presenta diferencias con los Motivos, 2, 7, 8 y 9. Si bien con el motivo 8, los residuos tipificados corregidos no alcanzan significación estadística. En cuanto al 2, 7 y 9, se da con mayor frecuencia este motivo de recaída en las que si se encuentran en dichos programas.

8.5.15. Valoración del tratamiento

Tabla 82

Variable: ¿QUÉ VALORACIÓN GLOBAL HACE DE ESTE TRATAMIENTO? (DEL PROGRAMA PRINCIPAL (N: 60; casos perdidos: 61(50.4%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.									
Valor.	NO				SI				Prueba
Tto.	Frecuencia %				Frecuencia %				χ^2
actual	41(68.3)				19(31.7)				
	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Mala	Regular	Buena	Muy buena	2,559
	1(33.3)	7(70.0)	19(65.5)	14(77.8)	2(66.7)	3(30.0)	10(34.5)	4(22.2)	p:0.465
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.									
Valor.	NO				SI				Prueba
Tto.	Frecuencia %				Frecuencia %				χ^2
actual	46(76.7)				14(23.3)				
	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Mala	Regular	Buena	Muy buena	2,399
	3(100.0)	9(90.0)	21(72.4)	13(72.2)	0(0.0)	1(10.0)	8(27.6)	5(27.8)	p:0.494
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...									
Valor.	NO				SI				Prueba
Tto.	Frecuencia %				Frecuencia %				χ^2
actual	24(40.0)				36(60.0)				
	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Mala	Regular	Buena	Muy buena	4,642
	0(0.0)	2(20.0)	14(48.3)	8(44.4)	3(100.0)	8(80.0)	15(51.7)	10(55.6)	p:0.200

Motivo 4: Ingreso en prisión.									
Valor. Tto. actual	NO Frecuencia % 42(70.0)				SI Frecuencia % 18(30.0)				Prueba χ^2
	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Mala	Regular	Buena	Muy buena	4,642 p:0.200
	1(33.3)	8(80.0)	20(69.0)	13(72.2)	2(66.7)	2(20.0)	9(31.0)	5(27.8)	
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.									
Valor. Tto. actual	NO Frecuencia % 51(85.0)				SI Frecuencia % 9(15.0)				Prueba χ^2
	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Mala	Regular	Buena	Muy buena	0,798 p:0.850
	3(100.0)	8(80.0)	25(86.2)	15(83.3)	0(0.0)	2(20.0)	4(13.8)	3(16.7)	
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.									
Valor. Tto. actual	NO Frecuencia % 50(83.3)				SI Frecuencia % 10(16.7)				Prueba χ^2
	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Mala	Regular	Buena	Muy buena	10,728 p:0.013*
	1(33.3)	8(80.0)	28(96.6)	13(72.2)	2(66.7)	2(20.0)	1(3.4)	5(27.8)	
RTC	-2,4	-0,3	2,7	-1,5	2.4	0,3	-2,7	1,5	

Motivo 7: Presencia de problemas sociales.									
Valor.	NO				SI				Prueba
Tto.	Frecuencia %				Frecuencia %				χ^2
	51(85.0)				9(15.0)				
actual	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Mala	Regular	Buena	Muy buena	3,325 p:0.344
	2(66.7)	10(100.0)	25(86.2)	14(77.8)	1(33.3)	0(0.0)	4(13.8)	4(22.2)	
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.									
Valor.	NO				SI				Prueba
Tto.	Frecuencia %				Frecuencia %				χ^2
	48(80.0)				12(20.0)				
actual	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Mala	Regular	Buena	Muy buena	4,023 p:0.259
	2(66.7)	8(80.0)	26(89.7)	12(66.7)	1(33.3)	2(20.0)	3(10.3)	6(33.3)	
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.									
Valor.	NO				SI				Prueba
Tto.	Frecuencia %				Frecuencia %				χ^2
	46(76.7)				14(23.3)				
actual	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Mala	Regular	Buena	Muy buena	4,166 p:0.244
	1(33.3)	9(90.0)	22(75.9)	14(77.8)	2(66.7)	1(10.0)	7(24.1)	4(22.2)	
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.									
Valor.	NO				SI				Prueba
Tto.	Frecuencia %				Frecuencia %				χ^2
	38(63.3)				22(36.7)				
actual	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Mala	Regular	Buena	Muy buena	2,709 p:0.439
	1(33.3)	6(60.0)	21(72.4)	10(55.6)	2(66.7)	4(40.0)	8(27.6)	8(44.4)	

*p<0.05. Significativo al 5%

Se han encontrado diferencias para el motivo 6, en las categorías de valoración de tratamiento actual, mala y buena. Se da con más frecuencia la recaída en las que lo valoran como “mala” y en menor frecuencia las que han valorado el tratamiento como “buena”.

8.5.16. Estadio de cambio

Tabla 83

Variable: ESTADIO DE CAMBIO: (N: 118; casos perdidos: 3(2.5%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.							
Est C.	.NO						
	Frecuencia %						
	88(74.6)						
	No tengo problema con las drogas y no necesito cambiar	Creo que podrían ayudarme en el problema con las drogas	He empezado a hacer algo con el problema con las drogas	Llevo más de una semana sin consumir y necesito que me sigan ayudando	Llevo mas de seis meses sin consumir	Varios años sin consumir	
	13(86.7)	19(67.9)	23(85.2)	9(75.0)	15(71.4)	9(60.0)	
Est C.	SI						Prueba χ^2
	Frecuencia %						
	30(25.4)						
	No tengo problema con las drogas y no necesito cambiar	Creo que podrían ayudarme en el problema con las drogas	He empezado a hacer algo con el problema con las drogas	Llevo más de una semana sin consumir y necesito que me sigan ayudando	Llevo mas de seis meses sin consumir	Varios años sin consumir	
	2(13.3)	9(32.1)	4(14.8)	3(25.0)	6(28.6)	6(40.0)	

Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.							
Est C.	NO						
	Frecuencia %						
	95(80.5)						
	No tengo problema con las drogas y no necesito cambiar	Creo que podrían ayudarme en el problema con las drogas	He empezado a hacer algo con el problema con las drogas	Llevo más de una semana sin consumir y necesito que me sigan ayudando	Llevo mas de seis meses sin consumir	Varios años sin consumir	
	14(93.3)	21(75.0)	21(77.8)	8(66.7)	20(95.1)	11(73.3)	
Est C.	SI						Prueba
	Frecuencia %						χ^2
	23(19.5)						
	No tengo problema con las drogas y no necesito cambiar	Creo que podrían ayudarme en el problema con las drogas	He empezado a hacer algo con el problema con las drogas	Llevo más de una semana sin consumir y necesito que me sigan ayudando	Llevo mas de seis meses sin consumir	Varios años sin consumir	7,103 p:0,213
	1(6.7)	7(25.0)	6(22.2)	4(33.3)	1(4.8)	4(26.7)	

Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...							
Est C.	NO						
	Frecuencia %						
	55(46.6)						
	No tengo problema con las drogas y no necesito cambiar	Creo que podrían ayudarme en el problema con las drogas	He empezado a hacer algo con el problema con las drogas	Llevo más de una semana sin consumir y necesito que me sigan ayudando	Llevo mas de seis meses sin consumir	Varios años sin consumir	
	10(66.7)	13(46.4)	12(44.4)	4(33.3)	7(33.3)	9(60.0)	
Est C.	SI						Prueba
	Frecuencia %						χ^2
	63(53.4)						
	No tengo problema con las drogas y no necesito cambiar	Creo que podrían ayudarme en el problema con las drogas	He empezado a hacer algo con el problema con las drogas	Llevo más de una semana sin consumir y necesito que me sigan ayudando	Llevo mas de seis meses sin consumir	Varios años sin consumir	5,894
	5(33.3)	15(53.6)	15(55.6)	8(66.7)	14(66.7)	6(40.0)	p:0,317

Motivo 4: Ingreso en prisión.							
Est C.	NO						
	Frecuencia %						
	86(72.9)						
	No tengo problema con las drogas y no necesito cambiar	Creo que podrían ayudarme en el problema con las drogas	He empezado a hacer algo con el problema con las drogas	Llevo más de una semana sin consumir y necesito que me sigan ayudando	Llevo mas de seis meses sin consumir	Varios años sin consumir	
	10(66.7)	21(75.0)	21(77.8)	8(66.7)	14(66.7)	12(80.0)	
Est C.	SI						Prueba
	Frecuencia %						χ^2
	32(27.1)						
	No tengo problema con las drogas y no necesito cambiar	Creo que podrían ayudarme en el problema con las drogas	He empezado a hacer algo con el problema con las drogas	Llevo más de una semana sin consumir y necesito que me sigan ayudando	Llevo mas de seis meses sin consumir	Varios años sin consumir	1,714 p:0,887
	5(33.3)	7(25.0)	6(22.2)	4(33.3)	7(33.3)	3(20.0)	

Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.							
Est C.	NO						
	Frecuencia %						
	91(77.1)						
	No tengo problema con las drogas y no necesito cambiar	Creo que podrían ayudarme en el problema con las drogas	He empezado a hacer algo con el problema con las drogas	Llevo más de una semana sin consumir y necesito que me sigan ayudando	Llevo mas de seis meses sin consumir	Varios años sin consumir	
	10(66.7)	21(75.0)	20(74.1)	10(83.3)	17(81.0)	13(86.7)	
Est C.	SI						Prueba
	Frecuencia %						χ^2
	27(22.9)						
	No tengo problema con las drogas y no necesito cambiar	Creo que podrían ayudarme en el problema con las drogas	He empezado a hacer algo con el problema con las drogas	Llevo más de una semana sin consumir y necesito que me sigan ayudando	Llevo mas de seis meses sin consumir	Varios años sin consumir	2,354 p:0,798
	5(33.3)	7(25.0)	7(25.9)	2(16.7)	4(19.0)	2(13.3)	

Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.							
Est C.	NO						
	Frecuencia %						
	93(78.8)						
	No tengo problema con las drogas y no necesito cambiar	Creo que podrían ayudarme en el problema con las drogas	He empezado a hacer algo con el problema con las drogas	Llevo más de una semana sin consumir y necesito que me sigan ayudando	Llevo mas de seis meses sin consumir	Varios años sin consumir	
	13(86.7)	22(78.6)	19(70.4)	8(66.7)	20(95.2)	11(73.3)	
Est C.	SI						Prueba
	Frecuencia %						χ^2
	25(21.2)						
	No tengo problema con las drogas y no necesito cambiar	Creo que podrían ayudarme en el problema con las drogas	He empezado a hacer algo con el problema con las drogas	Llevo más de una semana sin consumir y necesito que me sigan ayudando	Llevo mas de seis meses sin consumir	Varios años sin consumir	6,431
	2(13.3)	6(21.4)	8(29.6)	4(33.3)	1(4.8)	4(26.7)	p:0,267

Motivo 7: Presencia de problemas sociales.							
Est C.	NO						
	Frecuencia %						
	100(84.7)						
	No tengo problema con las drogas y no necesito cambiar	Creo que podrían ayudarme en el problema con las drogas	He empezado a hacer algo con el problema con las drogas	Llevo más de una semana sin consumir y necesito que me sigan ayudando	Llevo mas de seis meses sin consumir	Varios años sin consumir	
	13(86.7)	25(89.3)	20(74.1)	8(66.7)	21(100.0)	13(86.7)	
RT C	0,2	0,8	-1,8	-1,8	2,1	0,2	
Est C.	SI						Prueba χ^2 9,725 p:0,083 **
	Frecuencia %						
	18(15.3)						
	No tengo problema con las drogas y no necesito cambiar	Creo que podrían ayudarme en el problema con las drogas	He empezado a hacer algo con el problema con las drogas	Llevo más de una semana sin consumir y necesito que me sigan ayudando	Llevo mas de seis meses sin consumir	Varios años sin consumir	
	2(13.3)	3(10.7)	7(25.9)	4(33.3)	0(0.0)	2(13.3)	
RTC	-0,2	-0,8	1,8	1,8	-2,1	-0,2	

Motivo 8: Presencia de problemas familiares.							
Est C.	NO						
	Frecuencia %						
	90(76.3)						
	No tengo problema con las drogas y no necesito cambiar	Creo que podrían ayudarme en el problema con las drogas	He empezado a hacer algo con el problema con las drogas	Llevo más de una semana sin consumir y necesito que me sigan ayudando	Llevo mas de seis meses sin consumir	Varios años sin consumir	
	12(80.0)	23(82.1)	22(81.5)	3(25.0)	20(95.2)	10(66.7)	
RTC	0,4	0,8	0,7	-4,4	2,3	-0,9	
Est C.	SI						Prueba χ^2 p:0,000*
	Frecuencia %						
	28(23.7)						
	No tengo problema con las drogas y no necesito cambiar	Creo que podrían ayudarme en el problema con las drogas	He empezado a hacer algo con el problema con las drogas	Llevo más de una semana sin consumir y necesito que me sigan ayudando	Llevo mas de seis meses sin consumir	Varios años sin consumir	
	3(20.0)	5(17.9)	5(18.5)	9(75.0)	1(4.8)	5(33.3)	
RTC	-0,4	-0,8	-0,7	4,4	-2,3	0,9	

Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.							
Est C.	NO						
	Frecuencia %						
	97(82.2)						
	No tengo problema con las drogas y no necesito cambiar	Creo que podrían ayudarme en el problema con las drogas	He empezado a hacer algo con el problema con las drogas	Llevo más de una semana sin consumir y necesito que me sigan ayudando	Llevo mas de seis meses sin consumir	Varios años sin consumir	
	13(86.7)	23(82.1)	21(77.8)	9(75.0)	20(95.2)	11(73.3)	
Est C.	SI						Prueba
	Frecuencia %						χ^2
	21(17.8)						
	No tengo problema con las drogas y no necesito cambiar	Creo que podrían ayudarme en el problema con las drogas	He empezado a hacer algo con el problema con las drogas	Llevo más de una semana sin consumir y necesito que me sigan ayudando	Llevo mas de seis meses sin consumir	Varios años sin consumir	4,237 p:0,516
	2(13.3)	5(17.9)	6(22.2)	3(25.0)	1(4.8)	4(26.7)	

Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.							
Est C.	NO						
	Frecuencia %						
	78(66.1)						
	No tengo problema con las drogas y no necesito cambiar	Creo que podrían ayudarme en el problema con las drogas	He empezado a hacer algo con el problema con las drogas	Llevo más de una semana sin consumir y necesito que me sigan ayudando	Llevo mas de seis meses sin consumir	Varios años sin consumir	
	11(73.3)	16(57.1)	15(55.6)	9(75.0)	18(85.7)	9(60.0)	
Est C.	SI						
	Frecuencia %						
	40(33.9)						
	No tengo problema con las drogas y no necesito cambiar	Creo que podrían ayudarme en el problema con las drogas	He empezado a hacer algo con el problema con las drogas	Llevo más de una semana sin consumir y necesito que me sigan ayudando	Llevo mas de seis meses sin consumir	Varios años sin consumir	Prueba χ^2
	4(26.7)	12(42.9)	12(44.4)	3(25.0)	3(14.3)	6(40.0)	6,971 p:0,223

*p<0.05. Significativo al 5%

**p<0.1. Significativo al 10%

Existen diferencias para los motivos 7 y 8. En relación al motivo 7, se da un mayor frecuencia de no recaídas en las que llevan más de 6 meses sin consumir. En cuanto al motivo 8, es más frecuente recaer en las que llevan más de una semana sin consumir, pero menos de seis meses abstinentes.

8.6. Motivos de recaídas-variables salud mental

8.6.1. Sintomatología depresiva

Tabla 84

Variable: PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (N: 117; casos perdidos: 4(3.3%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Me encuentro deprimida, triste y vacía sin causa o motivo aparente o fuerte.	NO Frecuencia % 84(71.8)		SI Frecuencia % 33(28.2)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,264
	57(70.4)	27(75.0)	24(29.6)	9(25.0)	p:0.608
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Me encuentro deprimida, triste y vacía sin causa o motivo aparente o fuerte.	NO Frecuencia % 94(80.3)		SI Frecuencia % 23(19.7)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,002
	65(80.2)	29(80.6)	16(19.8)	7(19.4)	p:0.969
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Me encuentro deprimida, triste y vacía sin causa o motivo aparente o fuerte	NO Frecuencia % 54(46.2)		SI Frecuencia % 63(53.8)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	6,581
	31(38.3)	23(63.9)	50(61.7)	13(36.1)	p:0.010*
Residuos tipificados corregidos	-2,6	2,6	2,6	-2,6	

Motivo 4: Ingreso en prisión					
Me encuentro deprimida, triste y vacía sin causa o motivo aparente o fuerte	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	84(71.8)		33(28.2)		
	SI	NO	SI	NO	0,005
	58(71.6)	26(72.2)	23(28.4)	10(27.8)	p:0.945
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Me encuentro deprimida, triste y vacía sin causa o motivo aparente o fuerte	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	91(77.8)		26(22.2)		
	SI	NO	SI	NO	2,089
	60(74.1)	31(86.1)	21(25.9)	5(13.9)	p:0.148
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Me encuentro deprimida, triste y vacía sin causa o motivo aparente o fuerte	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	91(77.8)		26(22.2)		
	SI	NO	SI	NO	0,232
	62(76.5)	29(80.6)	19(23.5)	7(19.4)	p:0.630
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Me encuentro deprimida, triste y vacía sin causa o motivo aparente o fuerte	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	97(82.9)		20(17.1)		
	SI	NO	SI	NO	0,377
	66(81.5)	31(86.1)	15(18.5)	5(13.9)	p:0.539

Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Me encuentro deprimida, triste y vacía sin causa o motivo aparente o fuerte	NO Frecuencia % 89(76.1)		SI Frecuencia % 28(23.9)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	1,508
	59(72.8)	30(83.3)	22(27.2)	6(16.7)	p:0.220
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Me encuentro deprimida, triste y vacía sin causa o motivo aparente o fuerte	NO Frecuencia % 96(82.1)		SI Frecuencia % 21(17.9)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,582
	65(80.2)	31(86.1)	16(19.8)	5(13.9)	p:0.446
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Me encuentro deprimida, triste y vacía sin causa o motivo aparente o fuerte	NO Frecuencia % 78(66.7)		SI Frecuencia % 39(33.3)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,181
	53(65.4)	25(69.4)	28(34.6)	11(30.6)	p:0.671

*p<0.05 Significativo al 5%

La sintomatología depresiva guarda relación con el motivo 3, dándose con más frecuencia la recaída por este motivo en las que sí presentan dichos síntomas.

8.6.2. Sintomatología ansiosa

Tabla 85

Variable: SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA (N: 115; casos perdidos: 6(5.0%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Suelo estar nerviosa, ansiosa, intranquila, tensa, etc., con miedo o temor continuo.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	82(71.3)		33(28.7)		
	SI	NO	SI	NO	0,029
	56(71.8)	26(70.3)	22(28.2)	11(29.7)	p:0.866
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Suelo estar nerviosa, ansiosa, intranquila, tensa, etc., con miedo o temor continuo.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	92(80.0)		23(20.0)		
	SI	NO	SI	NO	1684
	65(83.3)	27(73.0)	13(16.7)	10(27.0)	p:0.194
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Suelo estar nerviosa, ansiosa, intranquila, tensa, etc., con miedo o temor continuo.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	54(47.0)		61(53.0)		
	SI	NO	SI	NO	11,904
	28(35.9)	26(70.3)	50(64.1)	11(29.7)	p:0.001*
Residuos tipificados corregidos	-3,5	3,5	3.5	-3,5	
Motivo 4: Ingreso en prisión					
Suelo estar nerviosa, ansiosa, intranquila, tensa, etc., con miedo o temor continuo.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	82(71.3)		33(28.7)		
	SI	NO	SI	NO	0,029
	56(71.8)	26(70.3)	22(28.2)	11(29.7)	p:0.866

Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Suelo estar nerviosa, ansiosa, intranquila, tensa, etc., con miedo o temor continuo.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	90(78.3)		25(21.7)		
	SI	NO	SI	NO	5,0958
	56(71.8)	34(91.9)	22(28.2)	3(8.1)	p:0.015*
Residuos tipificados corregidos	-2,4	2,4	2.4	-2,4	
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Suelo estar nerviosa, ansiosa, intranquila, tensa, etc., con miedo o temor continuo.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	89(77.4)		26(22.6)		
	SI	NO	SI	NO	0,030
	60(76.9)	29(78.4)	18(23.1)	8(21.46)	p:0.862
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Suelo estar nerviosa, ansiosa, intranquila, tensa, etc., con miedo o temor continuo.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	95(82.6)		20(17.4)		
	SI	NO	SI	NO	0,052
	64(82.1)	31(83.8)	14(17.9)	6(16.2)	p:0.819
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Suelo estar nerviosa, ansiosa, intranquila, tensa, etc., con miedo o temor continuo.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	86(74.8)		29(25.2)		
	SI	NO	SI	NO	2,344
	55(70.5)	31(83.8)	23(29.5)	6(16.2)	p:0.126

Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Suelo estar nerviosa, ansiosa, intranquila, tensa, etc., con miedo o temor continuo.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	93(80.9)		22(19.1)		
	SI	NO	SI	NO	0,002
	63(80.8)	30(81.1)	15(19.2)	7(18.9)	p:0.968
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Suelo estar nerviosa, ansiosa, intranquila, tensa, etc., con miedo o temor continuo.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	75(65.2)		40(34.8)		
	SI	NO	SI	NO	0,133
	50(64.1)	25(67.6)	28(35.9)	12(32.4)	p:0.716

*p<0.05 Significativo al 5%

Se ha encontrado significación estadística con los motivos 3 y 5, siendo más frecuente las mujeres que recaen por ambos motivos las que si señalan sintomatología ansiosa.

8.6.3. Deterioro cognitivo

Tabla 86

Variable: DETERIORO COGNITIVO (N: 118; casos perdidos: 3(2.5%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Me olvido con facilidad las cosas o me cuesta concentrarme.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	85(72.0)		33(28.0)		
	SI	NO	SI	NO	0,809
	60(69.8)	25(78.1)	26(30.2)	7(21.9)	p:0.369

Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Me olvido con facilidad las cosas o me cuesta concentrarme.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	95(80.5)		23(19.5)		
	SI	NO	SI	NO	0,159
	70(81.4)	25(78.1)	16(18.6)	7(21.9)	p:0.690
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Me olvido con facilidad las cosas o me cuesta concentrarme.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	54(45.8)		64(54.2)		
	SI	NO	SI	NO	1,946
	36(41.9)	18(56.3)	50(58.1)	14(43.8)	p:0.163
Motivo 4: Ingreso en prisión					
Me olvido con facilidad las cosas o me cuesta concentrarme.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	84(71.2)		34(28.8)		
	SI	NO	SI	NO	0,010
	61(70.9)	23(71.9)	25(29.1)	9(28.1)	p:0.920
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Me olvido con facilidad las cosas o me cuesta concentrarme.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	94(79.7)		24(20.3)		
	SI	NO	SI	NO	3,258
	65(75.6)	29(90.6)	21(24.4)	3(9.4)	p:0.071**
Residuos tipificados corregidos	-1,8	1,8	1.8	-1,8	

Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Me olvido con facilidad las cosas o me cuesta concentrarme.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	91(77.1)		27(22.9)		
	SI	NO	SI	NO	0,025
	66(76.7)	25(78.1)	20(23.3)	7(21.9)	p:0.874
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Me olvido con facilidad las cosas o me cuesta concentrarme.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	98(83.1)		20(16.9)		
	SI	NO	SI	NO	0,617
	70(81.4)	28(87.5)	16(18.6)	4(12.5)	p:0.432
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Me olvido con facilidad las cosas o me cuesta concentrarme.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	89(75.4)		29(24.6)		
	SI	NO	SI	NO	7,955
	59(68.6)	30(93.8)	27(31.4)	2(6.3)	p:0.005*
Residuos tipificados corregidos	-2,8	2,8	2.8	-2,8	
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Me olvido con facilidad las cosas o me cuesta concentrarme.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	96(81.4)		22(18.6)		
	SI	NO	SI	NO	4,447
	66(76.7)	30(93.8)	20(23.3)	2(6.3)	p:0.035*
Residuos tipificados corregidos	-2,1	2,1	2.1	-2,1	

Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Me olvido con facilidad las cosas o me cuesta concentrarme.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	78(66.1)		40(33.9)		
	SI	NO	SI	NO	1,552
	54(62.8)	24(75.0)	32(37.2)	8(25.0)	p:0.213

*p<0.05 Significativo al 5%

**p<0.1 Significativo al 10%

Se dan diferencias para los motivos 5, 8 y 9, no alcanzando significación estadística para los residuos tipificados corregidos en el motivo 5. En relación a los motivos 8 y 9, en ambos es más frecuente la recaída en las mujeres que si presentan los síntomas señalados.

8.6.4. Sintomatología psicótica

Tabla 87

Variable: SINTOMATOLOGÍA PSICÓTICA (n: 115; casos perdidos: 6(6.5%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Escucho voces en mi cabeza o he oído voces sin que haya nadie alrededor. Siento que me espían o persiguen más de lo normal.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	83(72.2)		32(27.8)		
	SI	NO	SI	NO	2,890
	12(57.1)	71(75.5)	9(42.9)	23(24.5)	p:0.089**
Residuos tipificados corregidos	-1,7	1,7	1,7	-1,7	

Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Escucho voces en mi cabeza o he oído voces sin que haya nadie alrededor. Siento que me espían o persiguen más de lo normal.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	93(80.9)		22(19.1)		
	SI	NO	SI	NO	0,000
	17(81.0)	76(80.9)	4(19.0)	18(19.1)	p:0.991
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Escucho voces en mi cabeza o he oído voces sin que haya nadie alrededor. Siento que me espían o persiguen más de lo normal.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	56(48.7)		59(51.3)		
	SI	NO	SI	NO	1,156
	8(38.1)	48(51.1)	13(61.9)	46(48.9)	p:0.282
Motivo 4: Ingreso en prisión					
Escucho voces en mi cabeza o he oído voces sin que haya nadie alrededor. Siento que me espían o persiguen más de lo normal.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	81(70.4)		34(29.6)		
	SI	NO	SI	NO	0,898
	13(61.9)	68(72.3)	8(38.1)	26(27.7)	p:0.343

Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Escucho voces en mi cabeza o he oído voces sin que haya nadie alrededor. Siento que me espían o persiguen más de lo normal.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	90(78.3)		25(21.7)		
	SI	NO	SI	NO	0,065
	16(76.2)	74(78.7)	5(23.8)	20(21.3)	p:0.799
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Escucho voces en mi cabeza o he oído voces sin que haya nadie alrededor. Siento que me espían o persiguen más de lo normal.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	89(77.4)		26(22.6)		
	SI	NO	SI	NO	0,021
	16(76.2)	73(77.7)	5(23.8)	21(22.3)	p:0.884
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Escucho voces en mi cabeza o he oído voces sin que haya nadie alrededor. Siento que me espían o persiguen más de lo normal.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	96(83.5)		19(16.5)		
	SI	NO	SI	NO	0,989
	16(76.2)	80(85.1)	5(23.8)	14(14.9)	p:0.320

Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Escucho voces en mi cabeza o he oído voces sin que haya nadie alrededor. Siento que me espían o persiguen más de lo normal.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	86(74.8)		29(25.2)		
	SI	NO	SI	NO	2,259
	13(61.9)	73(77.7)	8(38.1)	21(22.3)	p:0.133
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Escucho voces en mi cabeza o he oído voces sin que haya nadie alrededor. Siento que me espían o persiguen más de lo normal.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	94(81.7)		21(18.3)		
	SI	NO	SI	NO	3,910
	14(66.7)	80(85.1)	7(33.3)	14(14.9)	p:0.048*
Residuos tipificados corregidos	-2,0	2,0	2,0	-2,0	
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Escucho voces en mi cabeza o he oído voces sin que haya nadie alrededor. Siento que me espían o persiguen más de lo normal.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	75(65.2)		40(34.8)		
	SI	NO	SI	NO	1,866
	11(52.4)	64(68.1)	10(47.6)	30(31.9)	p:0.172

*p<0.05 Significativo al 5%

**p<0.1 Significativo al 10%

Se dan diferencias para los motivos 1 y 9, no alcanzando significación estadística para los residuos tipificados corregidos en el motivo 1. En relación al motivos 9, se da con más frecuencia la recaída en las mujeres que si presentan sintomatología psicótica.

8.6.5. Dificultad en el control de los impulsos

Tabla 88

Variable: DIFICULTAD EN EL CONTROL DE LOS IMPULSOS (N: 111; casos perdidos: 10(8.3%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Cuando me enfado o no consigo lo que quiero, me salen insultos, rompo cosas, amenazo o agredo a alguien.	NO Frecuencia % 80(72.1)		SI Frecuencia % 31(27.9)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	10,882 p:0.002*
	16(50.0)	64(81.0)	16(50.0)	15(19.0)	
Residuos tipificados corregidos	-3,3	3,3	3,3	-3,3	
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Cuando me enfado o no consigo lo que quiero, me salen insultos, rompo cosas, amenazo o agredo a alguien.	NO Frecuencia % 90(81.1)		SI Frecuencia % 21(18.9)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	1,084 p:0.298
	24(75.0)	66(83.5)	8(25.0)	13(16.5)	

Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Cuando me enfado o no consigo lo que quiero, me salen insultos, rompo cosas, amenazo o agredo a alguien.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	53(47.7)		58(52.3)		
	SI	NO	SI	NO	1,893
	12(37.5)	41(51.9)	20(62.5)	38(48.1)	p:0.169
Motivo 4: Ingreso en prisión					
Cuando me enfado o no consigo lo que quiero, me salen insultos, rompo cosas, amenazo o agredo a alguien.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	81(73.0)		30(27.0)		
	SI	NO	SI	NO	4,215
	19(59.4)	62(78.5)	13(40.6)	17(21.5)	p:0.040*
Residuos tipificados corregidos	-2,1	2,1	2,1	-2,1	
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Cuando me enfado o no consigo lo que quiero, me salen insultos, rompo cosas, amenazo o agredo a alguien.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	87(78.4)		24(21.6)		
	SI	NO	SI	NO	9,581
	19(59.4)	68(86.1)	13(40.6)	11(13.9)	p:0.002*
Residuos tipificados corregidos	-3,1	3,1	3,1	-3,1	

Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Cuando me enfado o no consigo lo que quiero, me salen insultos, rompo cosas, amenazo o agredo a alguien.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	85(76.6)		26(23.4)		
	SI	NO	SI	NO	0,062
	24(75.0)	61(77.2)	8(25.0)	18(22.8)	p:0.803
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Cuando me enfado o no consigo lo que quiero, me salen insultos, rompo cosas, amenazo o agredo a alguien.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	94(84.7)		17(15.3)		
	SI	NO	SI	NO	1,492
	25(78.1)	69(87.3)	7(21.9)	10(12.7)	p:0.222
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Cuando me enfado o no consigo lo que quiero, me salen insultos, rompo cosas, amenazo o agredo a alguien.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	85(76.6)		26(23.4)		
	SI	NO	SI	NO	7,417
	19(59.4)	66(83.5)	13(40.6)	13(16.5)	p:0.006*
Residuos tipificados corregidos	-2,7	2,7	2,7	-2,7	

Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Cuando me enfado o no consigo lo que quiero, me salen insultos, rompo cosas, amenazo o agredo a alguien.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	93(83.3)		18(16.2)		
	SI	NO	SI	NO	2,553
	24(75.0)	69(87.3)	8(25.0)	10(12.7)	p:0.110
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Cuando me enfado o no consigo lo que quiero, me salen insultos, rompo cosas, amenazo o agredo a alguien.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	74(66.7)		37(33.3)		
	SI	NO	SI	NO	1,076
	19(59.4)	55(69.6)	13(40.6)	24(30.4)	p:0.300

*p<0.05 Significativo al 5%

Se dan diferencias para los motivos 1, 4, 5 y 8. En todos los motivos es más frecuente la recaída en las mujeres que si presentan los síntomas señalados.

8.6.6. Trastorno de la personalidad: antisocial, límite o histriónico

Tabla 89

Variable: TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD: ANTISOCIAL, LÍMITE O HISTRIÓNICO (N: 115; casos perdidos: 6(5.0%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
En alguna ocasión me han diagnosticado la personalidad antisocial, límite o histriónico.	NO Frecuencia % 84(73.0)		SI Frecuencia % 31(27.0)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	4,207
	19(59.4)	65(78.3)	13(40.6)	18(21.7)	p:0.040*
Residuos tipificados corregidos	-2,1	2,1	2,1	-2,1	
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
En alguna ocasión me han diagnosticado la personalidad antisocial, límite o histriónico.	NO Frecuencia % 92(80.0)		SI Frecuencia % 23(20.0)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,097
	25(78.1)	67(80.7)	7(21.9)	16(19.3)	p:0.755
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
En alguna ocasión me han diagnosticado la personalidad antisocial, límite o histriónico.	NO Frecuencia % 56(48.7)		SI Frecuencia % 59(51.3)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	5,401
	10(31.3)	46(55.4)	22(68.8)	37(44.6)	p:0.020*
Residuos tipificados corregidos	-2,3	2,3	2,3	-2,3	

Motivo 4: Ingreso en prisión					
En alguna ocasión me han diagnosticado la personalidad antisocial, límite o histriónico.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	82(71.3)		33(28.7)		
	SI	NO	SI	NO	0,141
	22(68.8)	60(72.3)	10(31.3)	23(27.7)	p:0.707
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
En alguna ocasión me han diagnosticado la personalidad antisocial, límite o histriónico.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	89(77.4)		26(22.6)		
	SI	NO	SI	NO	1,892
	22(68.8)	67(80.7)	10(31.3)	16(19.3)	p:0.169
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
En alguna ocasión me han diagnosticado la personalidad antisocial, límite o histriónico.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	88(76.5)		27(23.5)		
	SI	NO	SI	NO	17,359
	16(50.0)	72(86.7)	16(50.0)	11(13.3)	p:0.000*
Residuos tipificados corregidos	-4,2	4,2	4.2	-4,2	
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
En alguna ocasión me han diagnosticado la personalidad antisocial, límite o histriónico.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	95(82.6)		20(17.4)		
	SI	NO	SI	NO	5,927
	22(68.8)	73(88.0)	10(31.3)	10(12.0)	p:0.015*
Residuos tipificados corregidos	-2,4	2,4	2.4	-2,4	

Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
En alguna ocasión me han diagnosticado la personalidad antisocial, límite o histriónico.	NO Frecuencia % 86(74.8)		SI Frecuencia % 29(25.2)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	5,581
	19(59.4)	67(80.7)	13(40.6)	16(19.3)	p:0.018*
Residuos tipificados corregidos	-2,4	2,4	2.4	-2,4	
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
En alguna ocasión me han diagnosticado la personalidad antisocial, límite o histriónico.	NO Frecuencia % 93(80.9)		SI Frecuencia % 22(19.1)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,216
	25(78.1)	68(81.9)	7(21.9)	15(18.1)	p:0.642
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
En alguna ocasión me han diagnosticado la personalidad antisocial, límite o histriónico.	NO Frecuencia % 76(66.1)		SI Frecuencia % 39(33.9)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	1,914
	18(56.3)	58(69.9)	14(43.8)	25(30.1)	p:0.166

*p<0.05 Significativo al 5%

Se dan diferencias para los motivos 1, 3, 5, 7 y 8. En todos estos motivos existe una mayor frecuencia de la recaída en las mujeres que si presentan diagnóstico de los trastornos de personalidad especificados.

8.6.7. Trastorno de la conducta alimentaria, tipo anorexia

Tabla 90

Variable: TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, TIPO ANOREXIA (N: 118; casos perdidos:3(2.5%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
He perdido peso mediante dietas exageradas, ayunando o haciendo ejercicios intensos.	NO Frecuencia % 85(72.0)		SI Frecuencia % 33(28.0)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,384
	21(67.7)	64(73.6)	10(32.3)	23(26.4)	p:0.535
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
He perdido peso mediante dietas exageradas, ayunando o haciendo ejercicios intensos.	NO Frecuencia % 95(80.5)		SI Frecuencia % 23(19.5)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,256
	24(77.4)	71(81.6)	7(22.6)	16(18.4)	p:0.613
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
He perdido peso mediante dietas exageradas, ayunando o haciendo ejercicios intensos.	NO Frecuencia % 55(46.6)		SI Frecuencia % 63(53.4)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,369
	13(41.9)	42(48.3)	18(58.1)	45(51.7)	p:0.543
Motivo 4: Ingreso en prisión					
He perdido peso mediante dietas exageradas, ayunando o haciendo ejercicios intensos.	NO Frecuencia % 84(71.2)		SI Frecuencia % 34(28.8)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,912
	20(64.5)	64(73.6)	11(35.5)	23(26.4)	p:0.340

Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
He perdido peso mediante dietas exageradas, ayunando o haciendo ejercicios intensos.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	93(78.8)		25(21.2)		
	SI	NO	SI	NO	0,537
	23(74.2)	70(80.5)	8(25.8)	17(19.5)	p:0.463
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
He perdido peso mediante dietas exageradas, ayunando o haciendo ejercicios intensos.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	91(77.1)		27(22.9)		
	SI	NO	SI	NO	2,372
	27(87.1)	64(73.6)	4(12.9)	23(26.4)	p:0.123
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
He perdido peso mediante dietas exageradas, ayunando o haciendo ejercicios intensos.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	98(83.1)		20(16.9)		
	SI	NO	SI	NO	1,579
	28(90.3)	70(80.5)	3(9.7)	17(19.5)	p:0.209
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
He perdido peso mediante dietas exageradas, ayunando o haciendo ejercicios intensos.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	89(75.4)		29(24.6)		
	SI	NO	SI	NO	0,090
	24(77.4)	65(74.7)	7(22.6)	22(25.3)	p:0.764

Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
He perdido peso mediante dietas exageradas, ayunando o haciendo ejercicios intensos.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	96(81.4)		22(18.6)		
	SI	NO	SI	NO	0,014
	25(80.6)	71(81.6)	6(19.4)	16(18.4)	p:0.906
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
He perdido peso mediante dietas exageradas, ayunando o haciendo ejercicios intensos.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	77(65.3)		41(34.7)		
	SI	NO	SI	NO	2,012
	17(54.8)	60(69.0)	14(45.2)	27(31.0)	p:0.156

No se han encontrados diferencias de esta variable con ninguno de los motivos de recaída.

8.6.8. Trastorno de la conducta alimentaria, tipo bulimia

Tabla 91

Variable: TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, TIPO BULIMIA (N: 117; casos perdidos: 4 (3.3%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Hay periodos que tras meterme atracones de comida me siento mal y vomito de forma continua.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	85(72.6)		32(27.4)		
	SI	NO	SI	NO	0,001
	21(72.4)	64(72.7)	8(27.6)	24(27.3)	p:0.974

Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Hay periodos que tras meterme atracones de comida me siento mal y vomito de forma continua.	NO Frecuencia % 95(81.2)		SI Frecuencia % 22(18.8)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	3,778
	20(69.0)	75(85.2)	9(31.0)	13(14.8)	p:0.052**
Residuos tipificados corregidos	-1,9	1,9	1,9	-1,9	
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Hay periodos que tras meterme atracones de comida me siento mal y vomito de forma continua.	NO Frecuencia % 56(47.9)		SI Frecuencia % 61(52.1)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	2,766
	10(34.5)	46(52.3)	19(65.5)	42(47.7)	p:0.096**
Residuos tipificados corregidos	-1,7	1,7	1,7	-1,7	
Motivo 4: Ingreso en prisión					
Hay periodos que tras meterme atracones de comida me siento mal y vomito de forma continua.	NO Frecuencia % 84(71.8)		SI Frecuencia % 33(28.2)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,007
	21(72.4)	63(71.6)	8(27.6)	25(28.4)	p:0.932

Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Hay periodos que tras meterme atracones de comida me siento mal y vomito de forma continua.	NO Frecuencia % 91(77.8)		SI Frecuencia % 26(22.2)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,642
	21(72.4)	70(79.5)	8(27.6)	18(20.5)	p:0.423
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Hay periodos que tras meterme atracones de comida me siento mal y vomito de forma continua.	NO Frecuencia % 90(76.9)		SI Frecuencia % 27(23.1)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,740
	24(82.8)	66(75.0)	5(17.2)	22(25.0)	p:0.390
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Hay periodos que tras meterme atracones de comida me siento mal y vomito de forma continua.	NO Frecuencia % 98(83.3)		SI Frecuencia % 19(16.2)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,170
	25(86.2)	73(83.0)	4(13.78)	15(17.0)	p:0.680
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Hay periodos que tras meterme atracones de comida me siento mal y vomito de forma continua.	NO Frecuencia % 89(76.1)		SI Frecuencia % 28(23.9)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,001
	22(75.9)	67(76.1)	7(24.1)	21(23.9)	p:0.976

Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Hay periodos que tras meterme atracones de comida me siento mal y vomito de forma continua.	NO Frecuencia % 96(82.1)		SI Frecuencia % 21(17.9)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,013
	24(82.8)	72(81.8)	5(17.2)	16(18.2)	p:0.909
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Hay periodos que tras meterme atracones de comida me siento mal y vomito de forma continua.	NO Frecuencia % 78(66.7)		SI Frecuencia % 39(33.3)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,367
	18(62.1)	60(68.2)	11(37.9)	28(31.8)	p:0.545

**p<0.1 Significativo al 10%

Se dan diferencias para los motivos 2 y 3, si bien no se alcanza significación estadística para estos motivos.

8.6.9. Conductas suicidas

Tabla 92

Variable: CONDUCTAS SUICIDAS (N: 118; casos perdidos: 3 (2.5%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Alguna vez he realizado alguna cosa para morirme de verdad y terminar con mi sufrimiento.	NO Frecuencia % 86(72.9)		SI Frecuencia % 32(27.1)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,001
	40(72.7)	46(73.0)	15(27.3)	17(27.0)	p:0.972

Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Alguna vez he realizado alguna cosa para morirme de verdad y terminar con mi sufrimiento.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	96(81.4)		22(18.6)		
	SI	NO	SI	NO	0,015
	45(81.8)	51(81.0)	10(18.2)	12(19.0)	p:0.904
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Alguna vez he realizado alguna cosa para morirme de verdad y terminar con mi sufrimiento.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	56(47.5)		62(52.5)		
	SI	NO	SI	NO	3,555
	21(38.2)	35(55.6)	34(61.8)	28(44.4)	p:0.059**
Residuos tipificados corregidos	-1,9	1,9	1,9	-1,9	
Motivo 4: Ingreso en prisión					
Alguna vez he realizado alguna cosa para morirme de verdad y terminar con mi sufrimiento.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	85(72.0)		33(28.0)		
	SI	NO	SI	NO	2,214
	36(65.5)	49(77.8)	19(34.5)	14(22.2)	p:0.137
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Alguna vez he realizado alguna cosa para morirme de verdad y terminar con mi sufrimiento.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	93(78.8)		25(21.2)		
	SI	NO	SI	NO	1,124
	41(74.5)	52(82.5)	14(25.5)	11(17.5)	p:0.289

Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Alguna vez he realizado alguna cosa para morirme de verdad y terminar con mi sufrimiento.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	92(78.0)		26(22.0)		
	SI	NO	SI	NO	0,003
	43(78.2)	49(77.5)	12(21.8)	14(22.2)	p:0.958
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Alguna vez he realizado alguna cosa para morirme de verdad y terminar con mi sufrimiento.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	99(83.9)		19(16.1)		
	SI	NO	SI	NO	2,492
	43(78.2)	56(88.9)	12(21.3)	7(11.1)	p:0.114
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Alguna vez he realizado alguna cosa para morirme de verdad y terminar con mi sufrimiento.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	90(76.3)		28(23.7)		
	SI	NO	SI	NO	9,087
	35(63.6)	55(87.3)	20(36.4)	8(12.7)	p:0.003*
Residuos tipificados corregidos	-3,0	3,0	3,0	-3,0	
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Alguna vez he realizado alguna cosa para morirme de verdad y terminar con mi sufrimiento.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	97(82.2)		21(17.8)		
	SI	NO	SI	NO	1,810
	48(87.3)	49(77.8)	7(12.7)	14(22.2)	p:0.179

Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Alguna vez he realizado alguna cosa para morirme de verdad y terminar con mi sufrimiento.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	78(66.1)		40(33.9)		
	SI	NO	SI	NO	0,019
	36(65.5)	42(66.7)	19(34.7)	21(33.3)	p:0.890

*p<0.05 Significativo al 5%

**p<0.1 Significativo al 10%

Se dan diferencias para los motivos 3 y 8, no alcanzando significación estadística para los residuos tipificados corregidos en el motivo 3. En relación a los motivos 8 es más frecuente la recaída en las mujeres que si presentan o han presentado conductas suicidas.

8.6.10. Autolesiones

Tabla 93

Variable: AUTOLESIONES (N: 119; casos perdidos: 2 (1.7%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Alguna vez me he golpeado o lesionado para hacerme daño a mi misma.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	40(33.6)		79(66.4)		
	SI	NO	SI	NO	0,155
	28(32.6)	58(67.4)	12(36.4)	21(63.6)	p:0.694

Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Alguna vez me he golpeado o lesionado para hacerme daño a mi misma.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	96(80.7)		23(19.3)		
	SI	NO	SI	NO	3,362
	36(37.5)	60(62.5)	4(17.4)	19(82.6)	p:0.067*
Residuos tipificados corregidos	1,8	-1,8	-1,8	1,8	
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Alguna vez me he golpeado o lesionado para hacerme daño a mi misma.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	56(47.1)		63(52.9)		
	SI	NO	SI	NO	1,205
	16(28.6)	40(71.4)	24(38.1)	39(61.9)	p:0.272
Motivo 4: Ingreso en prisión					
Alguna vez me he golpeado o lesionado para hacerme daño a mi misma.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	85(71.4)		34(28.6)		
	SI	NO	SI	NO	0,377
	30(35.3)	55(64.7)	10(29.4)	24(70.6)	p:0.539
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Alguna vez me he golpeado o lesionado para hacerme daño a mi misma.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	92(77.3)		27(22.7)		
	SI	NO	SI	NO	0,795
	29(31.5)	63(68.5)	11(40.7)	16(59.3)	p:0.373

Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Alguna vez me he golpeado o lesionado para hacerme daño a mi misma.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	92(78.0)		26(22.0)		
	SI	NO	SI	NO	0,795
	29(31.5)	63(68.5)	11(40.7)	16(59.3)	p:0.373
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Alguna vez me he golpeado o lesionado para hacerme daño a mi misma.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	99(83.9)		19(16.1)		
	SI	NO	SI	NO	0,021
	33(33.3)	66(66.7)	7(35.0)	13(65.0)	p:0.886
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Alguna vez me he golpeado o lesionado para hacerme daño a mi misma.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	91(76.5)		28(23.5)		
	SI	NO	SI	NO	0,035
	31(34.1)	60(65.9)	9(32.1)	19(67.9)	p:0.851
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Alguna vez me he golpeado o lesionado para hacerme daño a mi misma.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	98(82.4)		21(17.6)		
	SI	NO	SI	NO	0,001
	33(33.7)	65(66.3)	7(33.3)	14(66.7)	p:0.976

Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Alguna vez me he golpeado o lesionado para hacerme daño a mi misma..	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	78(66.5)		41(33.5)		
	SI	NO	SI	NO	0,821
	24(30.8)	54(69.2)	16(39.0)	25(61.0)	p:0.365

**p<0.1 Significativo al 10%

Dándose diferencias en el motivo 2 no se alcanza significación estadística para los residuos tipificados corregidos en dicho motivo.

8.6.11. Tratamiento

Tabla 94

Variable: ¿RECIBE USTED TRATAMIENTO PARA ESTOS PROBLEMAS U OTROS PSICOLÓGICOS O PSIQUIÁTRICOS? RECIBO TRATAMIENTO O TOMO ALGO (N: 121; casos perdidos: 0(0.0%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Recibo tratamiento o tomo algo.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	88(72.7)		33(27.3)		
	SI	NO	SI	NO	0,053
	63(71.6)	25(75.8)	25(28.4)	8(24.2)	p:0.819
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Recibo tratamiento o tomo algo.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	98(81.0)		23(19.0)		
	SI	NO	SI	NO	0,807
	73(83.0)	25(75.8)	15(17.0)	8(24.2)	p:0.369

Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Recibo tratamiento o tomo algo.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	57(47.1)		64(52.9)		
	SI	NO	SI	NO	0,035
	41(46.6)	16(48.5)	47(53.4)	17(51.5)	p:0.853
Motivo 4: Ingreso en prisión					
Recibo tratamiento o tomo algo.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	87(71.9)		33(28.1)		
	SI	NO	SI	NO	8,115
	57(64.8)	30(90.9)	31(35.2)	3(9.1)	p:0.004*
Residuos tipificados corregidos	-2,8	2,8	2.8	-2,8	
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Recibo tratamiento o tomo algo.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	94(77.7)		27(22.3)		
	SI	NO	SI	NO	0,644
	70(79.5)	24(72.7)	18(22.2)	9(27.3)	p:0.422
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Recibo tratamiento o tomo algo.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	94(77.7)		27(22.3)		
	SI	NO	SI	NO	2,719
	65(73.9)	29(87.9)	23(26.1)	4(12.1)	p:0.099**
Residuos tipificados corregidos	-1,6	1,6	1.6	-1,6	

Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Recibo tratamiento o tomo algo.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	101(83.5)		20(16.5)		
	SI	NO	SI	NO	0,090
	74(84.1)	27(81.8)	14(15.9)	6(18.2)	p:0.764
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Recibo tratamiento o tomo algo.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	92(76.0)		29(24.0)		
	SI	NO	SI	NO	0,002
	67(76.1)	25(75.8)	21(23.9)	8(24.2)	p:0.965
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Recibo tratamiento o tomo algo.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	99(81.8)		22(18.2)		
	SI	NO	SI	NO	0,280
	71(80.7)	28(84.8)	17(19.3)	5(15.2)	p:0.597
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Recibo tratamiento o tomo algo.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	80(66.1)		41(33.9)		
	SI	NO	SI	NO	0,885
	56(63.6)	24(72.7)	32(36.4)	9(27.3)	p:0.347

*p<0.05 Significativo al 5%

**p<0.1 Significativo al 10%

Se dan diferencias para los motivos 4 y 6, no alcanzando significación estadística para los residuos tipificados corregidos en el motivo 6. En relación al

motivo 4, ocurre con más frecuencia la recaída en las mujeres que si reciben tratamiento o “toman algo”, en este sentido.

8.6.12. Tratamiento: automedicación

Tabla 95

Variable: ¿RECIBE USTED TRATAMIENTO PARA ESTOS PROBLEMAS U OTROS PSICOLÓGICOS O PSIQUIÁTRICOS? AUTOMEDICACIÓN (N: 61; casos perdidos: 60(49.6%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Automedicación (las que me recomiendan las amigas, compañeras u otras personas de mi entorno).	NO Frecuencia % 45(73.8)		SI Frecuencia % 16(26.2)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,088
	7(77.8)	38(73.1)	2(22.2)	14(26.9)	p:0.767
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Automedicación (las que me recomiendan las amigas, compañeras u otras personas de mi entorno).	NO Frecuencia % 52(85.2)		SI Frecuencia % 9(14.8)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	0,468
	7(77.8)	45(86.5)	2(22.2)	7(13.5)	p:0.494
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Automedicación (las que me recomiendan las amigas, compañeras u otras personas de mi entorno).	NO Frecuencia % 33(54.1)		SI Frecuencia % 28(45.9)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	4,320
	2(22.2)	31(59.6)	7(77.8)	21(40.4)	p:0.038*
Residuos tipificados corregidos	-2,1	2,1	2,1	-2,1	

Motivo 4: Ingreso en prisión					
Automedicación (las que me recomiendan las amigas, compañeras u otras personas de mi entorno).	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	41(67.2)		20(32.8)		
	SI	NO	SI	NO	2,484
	4(44.4)	37(71.2)	5(55.6)	15(28.8)	p:0.115
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Automedicación (las que me recomiendan las amigas, compañeras u otras personas de mi entorno).	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	50(82.0)		11(18.0)		
	SI	NO	SI	NO	0,125
	7(77.8)	43(82.7)	2(22.2)	9(17.3)	p:0.723
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Automedicación (las que me recomiendan las amigas, compañeras u otras personas de mi entorno).	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	47(77.0)		14(23.0)		
	SI	NO	SI	NO	2,758
	5(55.6)	42(80.8)	4(44.4)	10(19.2)	p:0.097**
Residuos tipificados corregidos	-1,7	1,7	1.7	-1,7	
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Automedicación (las que me recomiendan las amigas, compañeras u otras personas de mi entorno).	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	53(86.9)		8(13.1)		
	SI	NO	SI	NO	3,788
	6(66.7)	47(90.1)	3(33.3)	5(9.6)	p:0.052**
Residuos tipificados corregidos	-1,9	1,9	1.9	-1,9	

Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Automedicación (las que me recomiendan las amigas, compañeras u otras personas de mi entorno).	NO Frecuencia % 48(78.7)		SI Frecuencia % 13(21.3)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	3,369
	5(55.6)	43(82.7)	4(44.4)	9(17.3)	p:0.066**
Residuos tipificados corregidos	-1,8	1,8	1.8	-1,8	
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Automedicación (las que me recomiendan las amigas, compañeras u otras personas de mi entorno).	NO Frecuencia % 50(82.0)		SI Frecuencia % 11(18.0)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	10,057
	4(44.4)	46(88.5)	5(55.6)	6(11.5)	p:0.002*
Residuos tipificados corregidos	-3,2	3,2	3,2	-3.2	
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Automedicación (las que me recomiendan las amigas, compañeras u otras personas de mi entorno).	NO Frecuencia % 39(63.9)		SI Frecuencia % 22(36.1)		Prueba χ^2
	SI	NO	SI	NO	1,739 p:0.187
	4(44.4)	35(67.3)	5(55.6)	17(32.7)	

*p<0.05 Significativo al 5%

**p<0.1 Significativo al 10%

Se dan diferencias para los motivos 3, 6, 7, 8 y 9, no alcanzando significación estadística para los residuos tipificados corregidos para los motivos 6, 7 y 8. En relación a los motivos 3 y 9, en ambos es más frecuente la recaída en las mujeres que se automedican.

8.6.13. Tratamiento: farmacológico recetado

Tabla 96

Variable: ¿RECIBE USTED TRATAMIENTO PARA ESTOS PROBLEMAS U OTROS PSICOLÓGICOS O PSIQUIÁTRICOS? FARMACOLÓGICO RECETADO (N: 82; casos perdidos: 39(32.2%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Farmacológico (sólo las que me receta el médico/psiquiatra o servicio asistencial sanitario).	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	57(69.5)		25(30.5)		
	SI	NO	SI	NO	2,188
	55(71.4)	2(40.0)	22(28.6)	3(60.0)	p:0.139
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Farmacológico (sólo las que me receta el médico/psiquiatra o servicio asistencial sanitario).	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	68(82.9)		14(17.1)		
	SI	NO	SI	NO	1,977
	65(84.4)	3(60.0)	12(15.6)	2(40.0)	p:0.160
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Farmacológico (sólo las que me receta el médico/psiquiatra o servicio asistencial sanitario).	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	39(47.6)		43(52.4)		
	SI	NO	SI	NO	1,622
	38(49.4)	1(20.0)	39(50.6)	4(80.0)	p:0.203

Motivo 4: Ingreso en prisión					
Farmacológico (sólo las que me receta el médico/psiquiatra o servicio asistencial sanitario).	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	52(63.4)		30(36.6)		
	SI	NO	SI	NO	1,258
	50(64.9)	2(40.0)	27(35.1)	3(60.0)	p:0.262
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Farmacológico (sólo las que me receta el médico/psiquiatra o servicio asistencial sanitario).	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	65(79.3)		17(20.7)		
	SI	NO	SI	NO	0,002
	61(79.2)	4(80.0)	16(20.8)	1(20.0)	p:0.967
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Farmacológico (sólo las que me receta el médico/psiquiatra o servicio asistencial sanitario).	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	61(74.4)		21(25.6)		
	SI	NO	SI	NO	1,833
	56(72.7)	5(100.0)	21(27.3)	0(0.0)	p:0.176
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Farmacológico (sólo las que me receta el médico/psiquiatra o servicio asistencial sanitario).	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	68(82.9)		14(17.1)		
	SI	NO	SI	NO	0,032
	64(83.1)	4(80.0)	13(16.9)	1(20.0)	p:0.858

Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Farmacológico (sólo las que me receta el médico/psiquiatra o servicio asistencial sanitario).	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	61(74.4)		21(25.6)		
	SI	NO	SI	NO	0,579
	58(75.3)	3(60.0)	19(24.7)	2(40.0)	p:0.447
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Farmacológico (sólo las que me receta el médico/psiquiatra o servicio asistencial sanitario).	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	66(80.5)		16(19.5)		
	SI	NO	SI	NO	5,558
	64(83.1)	2(40.0)	13(16.9)	3(60.0)	p:0.018*
Residuos tipificados corregidos	2,4	-2,4	-2.4	2,8	
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Farmacológico (sólo las que me receta el médico/psiquiatra o servicio asistencial sanitario).	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	52(63.4)		30(36.6)		
	SI	NO	SI	NO	1,258
	50(64.9)	2(40.0)	27(35.1)	3(60.0)	p:0.262

*p<0.05 Significativo al 5%

Se encuentran diferencias 9, dándose mayor frecuencia de recaídas entre las que no reciben tratamiento farmacológico.

8.6.14. Tratamiento: psicológico

Tabla 97

Variable: ¿RECIBE USTED TRATAMIENTO PARA ESTOS PROBLEMAS U OTROS PSICOLÓGICOS O PSIQUIÁTRICOS? TRATAMIENTO PSICOLÓGICO (N: 77; casos perdidos: 44(36.4%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Recibo tratamiento con el Psicólogo/a.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	55(71.4)		22(28.6)		
	SI	NO	SI	NO	0,000
	20(71.4)	35(71.4)	8(28.6)	14(28.6)	p:1.000
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Recibo tratamiento con el Psicólogo/a.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	63(81.8)		14(18.2)		
	SI	NO	SI	NO	0,449
	24(85.7)	39(79.6)	4(14.3)	10(20.4)	p:0.503
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Recibo tratamiento con el Psicólogo/a.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	39(50.6)		38(49.4)		
	SI	NO	SI	NO	3,926
	10(35.7)	29(59.2)	18(64.3)	20(40.8)	p:0.048*
Residuos tipificados corregidos	-2,0	2,0	2,0	-2,1	

Motivo 4: Ingreso en prisión					
Recibo tratamiento con el Psicólogo/a.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	48(62.3)		29(37.7)		
	SI	NO	SI	NO	1,440
	15(53.6)	33(67.3)	13(46.4)	16(32.7)	p:0.230
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Recibo tratamiento con el Psicólogo/a.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	63(81.8)		14(18.2)		
	SI	NO	SI	NO	0,449
	24(85.7)	39(79.6)	4(14.3)	10(20.4)	p:0.503
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Recibo tratamiento con el Psicólogo/a.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	59(76.6)		18(23.4)		
	SI	NO	SI	NO	0,065
	21(75.0)	38(77.6)	7(25.0)	11(22.4)	p:0.799
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Recibo tratamiento con el Psicólogo/a.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	65(84.4)		12(15.6)		
	SI	NO	SI	NO	1,142
	22(78.6)	43(87.8)	6(21.4)	6(12.2)	p:0.285

Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Recibo tratamiento con el Psicólogo/a.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	58(75.3)		19(24.7)		
	SI	NO	SI	NO	0,359
	20(71.4)	38(77.6)	8(28.6)	11(22.4)	p:0.549
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Recibo tratamiento con el Psicólogo/a.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	61(79.2)		16(20.8)		
	SI	NO	SI	NO	1,623
	20(71.4)	41(83.7)	8(28.6)	8(16.3)	p:0.203
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Recibo tratamiento con el Psicólogo/a.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	47(61.0)		30(39.0)		
	SI	NO	SI	NO	1,032
	15(53.6)	32(65.3)	13(46.4)	17(34.7)	p:0.310

*p<0.05 Significativo al 5%

Se encuentran diferencias en el Motivo 3, dándose mayor frecuencia de recaídas entre las que reciben tratamiento psicológico.

8.7. Motivos de recaídas y otras variables influyentes

8.7.1. Víctima de malos tratos

Tabla 98

Variable: VÍCTIMA DE MALOS TRATOS (N: 120; casos perdidos: 1(0.8%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Denuncia por malos tratos hacia usted.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	88(73.3)		32(26.7)		
	SI	NO	SI	NO	2,189
	21(63.6)	67(77.0)	12(36.4)	20(23.0)	p:0.139
Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Denuncia por malos tratos hacia usted.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	98(81.7)		22(18.3)		
	SI	NO	SI	NO	0,252
	26(78.8)	72(82.8)	7(21.2)	15(17.2)	p:0.616
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Denuncia por malos tratos hacia usted.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	57(47.5)		63(52.5)		
	SI	NO	SI	NO	0,906
	18(54.5)	39(44.8)	15(45.5)	48(55.2)	p:0.341
Motivo 4: Ingreso en prisión					
Denuncia por malos tratos hacia usted.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	87(72.5)		33(27.5)		
	SI	NO	SI	NO	1,982
	27(81.8)	60(69.0)	6(18.2)	27(31.0)	p:0.159

Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Denuncia por malos tratos hacia usted.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	94(78.3)		26(21.7)		
	SI	NO	SI	NO	0,843
	24(72.7)	70(80.5)	9(27.3)	17(19.5)	p:0.359
Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Denuncia por malos tratos hacia usted.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	94(78.3)		26(21.7)		
	SI	NO	SI	NO	2,000
	23(69.7)	71(81.6)	10(30.3)	16(18.4)	p:0.157
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Denuncia por malos tratos hacia usted.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	101(81.8)		19(15.8)		
	SI	NO	SI	NO	0,188
	27(81.8)	74(85.1)	6(18.2)	13(14.9)	p:0.664
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Denuncia por malos tratos hacia usted.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	92(76.7)		28(23.3)		
	SI	NO	SI	NO	0,395
	24(72.7)	68(78.2)	9(27.3)	19(21.8)	p:0.530

Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Denuncia por malos tratos hacia usted.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	99(82.5)		21(17.5)		
	SI	NO	SI	NO	0,174
	28(84.8)	71(81.6)	5(15.2)	16(18.4)	p:0.677
Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Denuncia por malos tratos hacia usted.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	80(66.7)		40(33.3)		
	SI	NO	SI	NO	1,693
	25(75.8)	55(63.2)	8(24.2)	32(36.8)	p:0.193

No se ha encontrado relación ninguna entre ser víctimas de malos tratos y los motivos de recaídas analizados.

8.7.2. Antecedentes de consumo en familiares/pareja

Tabla 99

Variable: ANTECEDENTES FAMILIARES Y/O PAREJAS DE PROBLEMÁTICA CON EL ALCOHOL Y/O OTRAS DROGAS? (N: 120; casos perdidos: 1(0.8%))

Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia.					
Antecedentes familiares alcohol y/o otras drogas.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	87(72.5)		33(27.5)		
	SI	NO	SI	NO	0,653
	62(74.7)	25(67.6)	21(25.3)	12(32.4)	p:0.419

Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.					
Antecedentes familiares alcohol y/o otras drogas.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	97(80.8)		23(19.2)		
	SI	NO	SI	NO	0,002
	67(80.7)	30(81.1)	16(19.3)	7(18.9)	p:0.963
Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...					
Antecedentes familiares alcohol y/o otras drogas.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	57(47.5)		63(52.5)		
	SI	NO	SI	NO	0,906
	39(47.0)	18(48.6)	44(53.0)	19(51.4)	p:0.341
Motivo 4: Ingreso en prisión					
Antecedentes familiares alcohol y/o otras drogas.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	87(72.5)		33(27.5)		
	SI	NO	SI	NO	1,564
	63(75.9)	24(64.9)	20(24.1)	13(35.1)	p:0.211
Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.					
Antecedentes familiares alcohol y/o otras drogas.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	94(78.3)		26(21.7)		
	SI	NO	SI	NO	2,095
	62(74.7)	32(86.5)	21(25.3)	5(13.5)	p:0.148

Motivo 6: Salida de prisión y volver al entorno anterior.					
Antecedentes familiares alcohol y/o otras drogas.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	93(77.5)		27(22.5)		
	SI	NO	SI	NO	0,102
	65(78.3)	28(75.7)	18(21.7)	9(24.3)	p:0.749
Motivo 7: Presencia de problemas sociales.					
Antecedentes familiares alcohol y/o otras drogas.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	101(84.2)		19(15.8)		
	SI	NO	SI	NO	1,013
	68(81.9)	33(89.2)	15(18.1)	4(10.8)	p:0.314
Motivo 8: Presencia de problemas familiares.					
Antecedentes familiares alcohol y/o otras drogas.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	92(76.7)		28(23.3)		
	SI	NO	SI	NO	0,088
	63(75.9)	29(78.4)	20(24.1)	8(21.6)	p:0.767
Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.					
Antecedentes familiares alcohol y/o otras drogas.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	98(81.7)		22(18.3)		
	SI	NO	SI	NO	0,366
	69(83.1)	29(78.4)	14(16.9)	8(21.6)	p:0.534

Motivo 10: Por no querer afrontar mi realidad del día a día.					
Antecedentes familiares alcohol y/o otras drogas.	NO		SI		Prueba
	Frecuencia %		Frecuencia %		χ^2
	79(65.8)		41(34.2)		
	SI	NO	SI	NO	2,304
	51(61.4)	28(75.7)	32(38.6)	9(24.3)	p:0.129

No se ha encontrado relación ninguna entre tener antecedentes familiares de alcohol y/u otras drogas (incluyendo aquí parejas) y los motivos de recaídas analizados.

CAPÍTULO 9. DISCUSIÓN

Introducimos este capítulo haciendo referencia, en primer lugar al denominado “sesgo de publicación”, definido éste como la tendencia generalizada de publicación de los resultados positivos, evitando la difusión de los negativos, por lo que no se lleva a cabo la publicación de todas la investigaciones realizadas sobre un tema, seleccionado por consiguiente, tanto por los investigadores como por, en ocasiones algunas editoriales únicamente los estudios con resultados positivos (Gómez-Restrepo, 2008; Niemeyer, Musch y Pietrowsky, 2014; Palma y Delgado, 2006); de este modo los resultados negativos son considerados como irrelevantes y no contribuyentes al avance científico, y a su vez, por consecuencia, la existencia de estos sesgos pueden llevar a una sobrevaloración de ciertas intervenciones terapéuticas (Calvo, 2007). Nos hemos permitido esta pequeña reflexión, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en nuestro estudio, ya que aún haciendo hincapié en los análisis significativos, se ha dejado constancia de los análisis obtenidos sin resultados positivos, buscados o deseados.

Considerando los objetivos específicos previamente planteados, en concreto al **objetivo 1** (identificar los motivos de recaídas más frecuentes en la muestra estudiada), pasamos a su discusión.

Como era esperable, existen motivos de recaídas que se dan con mayor frecuencia en la población objeto de estudio, ya que, como se ha señalado durante el marco teórico expuesto, y lo encontrado en diversos estudios, la población penitenciaria, además de encontrarse en un mayor riesgo de exclusión social, presenta asociación con un mayor consumo de sustancias (Caravaca-Sánchez et al., 2015). Los motivos que se seleccionaron previamente, guardan relación tanto con el contexto penitenciario, como con la condición de ser mujer reclusa y está sustentado por la clasificación de determinantes de recaída identificados por Marlatt (Marlatt, Parks y Witkiewitz, 2002; Marlatt y Wikiewitz, 2011; Witkiewitz y Marlatt, 2004); siguiendo dicha clasificación, respecto a los Factores determinantes ambientales-intrapersonales, tipo A: hacer frente a estados emocionales negativos, éstos fueron preguntados a nuestra población objeto de estudio, en primer lugar en el Motivo 3: “Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...”, dichos factores también han sido señalados por diversos autores (Álvarez, 2007; Buchele et al., 2004; Kantorski et al., 2004; Silva, Ferreira y Bernardoni, 2014; Souza, Oliveira y Assis, 2011),

como posibles precipitantes de recaídas en el consumo, ya que la propia vida en prisión puede generar desequilibrios psicológicos y tensión emocional (Echeverri, 2010, Lledó, Manzanos y Álvarez, 2014); en segundo lugar aparece el Motivo 5: “Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as”, seguido del Motivo 10: “Por no querer afrontar mi realidad del día a día”.

Tras el análisis realizado, obtenemos que el **Motivo 3, relacionado con los aspectos emocionales desagradables, es el que presenta una mayor prevalencia** (diferenciándose de forma contundente con el resto de motivos), más de la mitad de las mujeres que recaen, el 52,90% señalan este motivo como principal, dato que coincide con resultados de estudios previos, realizados con hombres como con mujeres, y no en el ámbito penitenciario, indicando que los sentimientos negativos son los máximos responsables de la recaída, (Fernández y Secades, 2001; Luengo et al, 2001; Marlatt y Gordon, 1985; Mendes et al, 2011; Moreno 2012).

En relación al motivo 5, relacionado con el sentimiento de pérdida de los hijos/as tras el ingreso en prisión, es señalado por el 22,30% de la muestra. Si bien este motivo no es el más frecuente, debido a la especificidad de la población examinada, fue oportuno considerarlo, a pesar de estar vinculado a aspectos emocionales desagradables, ya que la estigmatización social de ser madre-adicta provoca la autopercepción de "mala madre" (Castilla y Lorenzo, 2012), relacionado además con el concepto de naturalización del vínculo materno-filial (Imaz, 2010).

El motivo 10: “por no querer afrontar mi realidad del día a día”, presenta una frecuencia del 33,90%, siendo el segundo motivo de recaída tras el de aspectos emocionales desagradables (motivo 3); dicho motivo, no deja evidencia de los aspectos de la prisionalización y su efecto en los estados emocionales o psicológicos del encarcelamiento (Echeverri, 2010; Mapelli, Herrera y Sordi, 2013), los cuales pueden llevar a la recaída en el consumo de drogas, siendo éste una estrategia de adaptación y de manejo de emociones desagradables (Romero et al., 2010).

Por lo que respecta a los determinantes ambientales-intrapersonales, definidos por Marlatt (Marlatt, Parks y Witkiewitz, 2002; Witkiewitz y Marlatt,

2004), en esta ocasión los denominados tipo B: hacer frente a estados emocionales físicos-fisiológicos, se tuvo en cuenta los generados por la propia sintomatología que se asocia al síndrome de abstinencia de la sustancia consumida y el craving provocado por el mismo, recopilados en el Motivo 1: “Deseo incontrolable de consumir la sustancia (craving)”, éste es señalado por el 27,3% de las mujeres encuestadas; otros estudios también han recogido este motivo como factor que influye en la recaída (Fernández y Secades, 2001; Luengo et al., 2001; Souza, Oliveira y Assis, 2011), si bien, en nuestra muestra se han encontrado porcentajes mayores que los referenciados por estos autores; mencionar que nuestra muestra, compuesta sólo por mujeres, y el contexto penitenciario en el que se ha realizado el estudio, con la idiosincrasia a la que ya nos hemos referido en el marco teórico, han podido condicionar los resultados, ya que el mayor número de estudios se ha realizado, en contextos terapéuticos, fundamentalmente con hombres, y con escasa representación femenina, no obstante, el estudio indicado por Moreno (2012) presenta un porcentaje cercano al obtenido en el presente estudio, con un 38%, aún siendo su muestra poco numerosa y compuesta únicamente por hombres, por lo que el dato no es generalizable.

El Motivo 2: “Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia”, categorizado también como determinante ambiental-intrapersonal, en esta ocasión tipo D: poner a prueba el autocontrol personal, es señalado por el 19%, porcentaje superior al obtenido en otros estudios (Fernández y Secades, 2001; Luengo et al., 2001), pero inferior al de Moreno (2012).

Siguiendo la clasificación de Marlatt, (Marlatt, Parks y Witkiewitz, 2002; Witkiewitz y Marlatt, 2004), y teniendo en cuenta los Determinantes Interpersonales (II), Tipo A: hacer frente a conflictos interpersonales; éstos se han estudiado mediante el Motivo 7: “Presencia de problemas sociales”, el cual fue señalado por el 16,5% de la muestra, el Motivo 8: “Presencia de problemas familiares” con un 24% y el Motivo 9: “Presencia de problemas con la pareja”, con un porcentaje del 18,2%. De estos tres motivos, el más frecuente es el relativo a los problemas familiares, identificado también por otros autores (Gehring, 2014; Mendes et al, 2011; Souza, Oliveira y Assis, 2011); en concreto, en uno de los estudios, el dato obtenido fue superior al nuestro, con un 44%, (Silva, Ferreira y Bernardoni, 2014); es sabido que los conflictos con madre, hermanos u otros

familiares, se relacionan con el abandono del tratamiento, conllevando, dicho abandono a un mayor riesgo de recaída (Valero-Aguayo et al., 2013); el conflicto con la pareja también se señaló por Mendes (2011), como motivo de abandono y posible recaída, obteniendo un dato similar al nuestro; es importante aclarar, que en el caso de la mujer, el conflicto con la pareja no sólo viene dado por las consecuencias del consumo (directas o indirectas) en la relación afectiva, como suele darse en el caso de hombres consumidores, si no también por la relación con el consumo problemático de drogas por parte de la pareja (hombre) (Llort et al., 2013), pudiendo conllevar asociado dependencias y codependencias emocionales en la mujer (Blanco et al., 2010; Delgado y Pérez, 2004). Otros estudios, agrupan estos conflictos en la categoría de conflictos interpersonales (Fernández y Secades, 2001; Luengo et al., 2001), y a pesar de las diferencias de la muestra estudiada, los resultados son equiparables a los obtenidos en nuestro estudio.

Por último, en relación a la frecuencia encontrada en los motivos de recaídas, cabe mencionar el Motivo 4: "Ingreso en prisión" y Motivo 6: "Salida de prisión y volver al entorno anterior", los cuales, siguiendo de nuevo la clasificación definida por Marlatt (Marlatt, Parks y Witkiewitz, 2002; Witkiewitz y Marlatt, 2004), descrita en otro apartado del presente trabajo, se incluyen en Determinante Interpersonales, Tipo B: presión social. En concreto, encontramos una prevalencia de un 28,10%, en el motivo 4; inicialmente, se definió dicho motivo con la pretensión de evaluar la posibilidad de recaída por la propia presión del contexto penitenciario, por la accesibilidad a la sustancia en el mismo y por el contacto con población consumidora, si bien, este motivo, es posible que haya sido interpretado por el efecto que el ingreso en el centro penitenciario ha tenido en las emociones-sentimientos desagradables generadas tras el mismo, por lo que evaluaría determinantes ambientales-intrapersonales, Tipo A, según la clasificación de Marlatt, señalada en varias ocasiones anteriormente (Marlatt, Parks y Witkiewitz, 2002; Witkiewitz y Marlatt, 2004). Cabe señalar que el ingreso en prisión junto al consumo de drogas, puede llegar a producir aislamiento, distorsionando las relaciones sociales y generando un círculo vicioso que genera una mayor dependencia (Lledó, Manzanos y Álvarez, 2014), y en consecuencia una posible recaída.

Respecto al Motivo 6: "Salida de prisión y volver al entorno anterior", haciendo referencia éste, a la vuelta al medio/contexto anterior a la reclusión, el reencontrarse ante situaciones previas al ingreso, así como con el grupo de pares, que han presentado historial adictivo, junto a la presión social que estas circunstancias ejercen en la persona, posibilitan uno de los posibles motivos de recaída, dificultando o interfiriendo en el proceso de reinserción. Este motivo fue referenciado por el 22,3% de las mujeres encuestadas. La presión social ha sido citada por numerosos autores como factor de riesgo a considerar en las recaídas (Álvarez, 2007; Buchele et al., 2004; Gehring, 2014; Gomes y Rigotto, 2002; Luengo et al., 2001; Mendes et al., 2011; Moreno, 2012; Silva, Ferreira y Bernardoni, 2014), así como predictor del consumo (Becoña, 2001; Hawkins et al, 1992; Schenker y Minayo, 2005). Otros autores (Zhu, Dong y Hesketh, 2009), refieren que en el mes posterior al excarcelamiento es donde se da el de mayor riesgo para una recaída, así como los dos años posteriores (Li y Mao, 1999), teniendo una mayor tasa de recaída las mujeres frente a los hombres, un mes después tras la liberación (Zhu, Dong y Hesketh, 2009).

A continuación, pasaremos a discutir los resultados obtenidos en relación al resto de objetivos específicos planteados.

En cuanto al **objetivo 2**, versando éste sobre la posible influencia de variables sociodemográficas en los diferentes motivos de recaídas, únicamente nos ceñiremos a los resultados obtenidos con significación estadística, si bien, y por no caer en el sesgo de publicación, el resto de datos se encuentran en el Capítulo de Resultados.

En relación a la **edad**, ésta influye en el Motivo 1: "Deseo incontrolable de consumir la sustancia, (craving)", las mujeres mayores de 40 años, presentaron mayor frecuencia de recaída por este motivo. Posiblemente tener más de 40 años, conlleva mayor tiempo de consumo, presentando una historia adictiva de larga duración y arraigada en el estilo de vida; a su vez, al estar relacionada con el motivo 1, el deseo incontrolable de consumo, nos hace pensar en la relación directa con la propia naturaleza de la sustancia consumida; en este sentido coincide la edad de estas mujeres y su posible inicio en el consumo, con el boom de consumo de heroína en España, droga que por sus propias características,

conlleva un mayor número de síntomas de abstinencia generando un mayor craving. En estudios similares que analizan factores de riesgo en la recaída, la edad no obtuvo significación estadística (Goeb et al., 2000; Grau-López et al., 2012), si bien, si consideramos que la misma supone una mayor acumulación de experiencias y por ende mayor experiencia en el medio penitenciario, éstas experiencias facilitarían la adaptación al mismo (Echeverri, 2010), por lo que el consumo, y por ende las recaídas, no serían consecuencias del efecto de la prisionalización a largo plazo.

Otra variable considerada, fue tener o no de **pareja**, encontrando, al igual que en la edad, relación entre tener pareja y recaer por el Motivo 1: "Deseo incontrolable de consumir la sustancia, (craving)", recayendo más por este motivo las mujeres que tienen pareja; muchas de éstas parejas están vinculadas al consumo de drogas, favoreciendo y facilitando el consumo (Llort et al, 2013). Cervelló, (2006), señala que un 7,4% de las mujeres reclusas de la población objeto de estudio tenía problemas con la pareja, dicha circunstancia señalada como problema, tener pareja y presencia de problemas con la misma, aparece de forma continua en la población femenina reclusa consumidora de drogas (De Miguel, 2015); es más, el poseer pareja consumidora favorece el riesgo de recaída (Chan, Yang y Zhang, 2007; Zhu, Dong y Hesketh, 2009), siendo un factor de recaída la dependencia emocional/relacional o incluso la codependencia, rasgo común en mujeres adictas (Blanco et al., 2010; Delgado y Pérez, 2004), así como, la asociación a un mayor consumo de drogas y ser víctima de violencia de pareja, (Gilbert et al., 2013; Moore et al., 2008, Temple et al., 2008).

La variable tener o no **hijos/as**, se relaciona con el Motivos 5: "Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as" y el Motivo 6: "Salida de prisión y volver a entorno anterior". En relación al motivo 5, recaen con mayor frecuencia las mujeres que sí tienen hijos/as, algo evidente por la naturaleza y enunciado del propio motivo: sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as, provocando el ingreso en la institución penitenciaria, estados emocionales negativos que propician la vuelta al consumo. En cuanto al motivo 6: salida de prisión y volver al estado anterior, recaen con mayor frecuencia las mujeres que no tienen hijos/as, es decir, menos recaídas en mujeres que sí los tienen, ya que el reencuentro con ellos/as y la posibilidad de recuperar la relación-vínculo (Gehring, 2014; Imaz,

2010), puede proteger del consumo. Señalamos que la condición de ser madre y a su vez consumidora de drogas condiciona la vivencia de la maternidad, siendo esta vivencia ambivalente, generadora de conflictos e intranquilidad por recuperar el rol de la maternidad (Antony, 2007; De Miguel, 2015; Llorca et al., 2013; Stocco et al., 2002; Rodríguez, Córdova y Fernández, 2015; Romo, 2005), y en consecuencia, condiciona el afrontamiento del trastorno por consumo de sustancias; según Cervelló (2006), el 75% de las reclusas tienen hijos/as, y un 2,6% problemas con ellos/as, presentado mayor sintomatología depresiva las que sí tienen hijos/as frente a las que no (Pulido-Criollo, Rodríguez-Landa y Colorado-Martínez, 2009), resultado que corrobora lo obtenido por otros autores señalados anteriormente, pensando que la sintomatología depresiva, puede aparecer tras la vivencia desagradable de la maternidad, y a su vez, ésta puede generar un estado emocional precipitante de la recaída en el consumo, enlazando este estado con el Motivo 3: "Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia....", motivo con mayor prevalencia en nuestro estudio.

En relación a lo anterior, la maternidad, no podemos dejar de obviar las características diferenciales de hombres y mujeres y su implicación en el tratamiento de las adicciones, siendo necesario la atención a las mismas desde una perspectiva de género (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016), perspectiva que ha quedado patente en el marco teórico, y que incluso de forma específica, señala el Plan Nacional sobre Drogas del Gobierno de España en su Plan de Acción 2013-2016 (DPNSD, 2013). Asimismo, y siguiendo con el tema de la maternidad desde la perspectiva de género, se han encontrado estudios que indican que las mujeres embarazadas y con hijos/as tratadas de forma exclusiva (sólo mujeres), recurrieron con menor frecuencia en el año siguiente al alta terapéutica, a recursos sociales, de salud mental y/o drogodependencias, que las tratadas en tratamientos mixtos (hombres y mujeres) (Hser et al., 2011), al igual que las que en paralelo a su tratamiento por consumo de drogas, recibían atención de guardería y cuidado para sus hijos/as menores de 12 años, mantenían mayor tiempo de tratamiento reduciendo el consumo de sustancias, es decir protegiendo de las recaídas en el consumo (Einbinder, 2010; Marsh, Smith y Bruni, 2011). Del mismo modo, Messina et al., (2010), indican una mayor eficacia de los tratamientos con perspectiva de género, para mujeres excarceladas, en comparación a otros

tratamientos más comunes como la modalidad de Comunidad Terapéutica, sin considerar dicha perspectiva, minimizando la probabilidad de consumo y de reincidencia delictiva que conllevará un nuevo ingreso en prisión.

El **nivel de estudios alcanzados** y los motivos de recaídas 4, 7 y 8 también guardan relación. En cuanto al Motivo 4: ingreso en prisión, las diferencias se dan en las mujeres que han alcanzado los estudios en educación secundaria, recayendo menos por este motivo las que los finalizaron. En cuanto al Motivo 7: presencia de problemas sociales y el Motivo 8: presencia de problemas familiares, las diferencias se encuentran entre los grupos con estudios en educación primaria y secundaria, habiendo señalado estos motivos de recaídas, con mayor frecuencia, aquellas que sí poseen estudios de educación primaria, y con menor frecuencia de recaídas, las que finalizaron educación secundaria. Podríamos señalar, sin marcar causalidad, que el haber finalizado estudios en educación secundaria es un factor de protección ante los motivos 7 y 8, siendo dicha afirmación, acorde a los factores de riesgo, siendo uno de ellos el fracaso escolar o abandono temprano de la escuela (Becoña, 2001, Hawkins et al., 1992; Martínez-Rico, 2014; Moncada, 1997; Pérez-Gómez y Correa, 2011; Petterson, Hawkins y Catalano, 1992; Romero y Durand, 2007), coincidiendo con el estudio de Cervelló (2006), encontrando un 40% de analfabetismo (baja escolarización), en mujeres encarceladas; esto concuerda con la idea de que el poseer mayor capacidad y conocimientos, facilita la adaptación al medio penitenciario (Echeverri, 2010), por lo que en consecuencia, dicha adaptación podría evitar la recaída en el consumo.

En cuanto a ser o no **practicante de su religión**, únicamente encontramos relación con el Motivo 5: "Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as", recayendo más por dicho motivo, las sí practicantes, algo que entra en contraposición con el modelo de factores de protección, considerando la religiosidad y creencias de orden moral, como factores de protección frente al consumo de drogas (Pollard et al., 1997), o estudios actuales en relación a factores de riesgo y protección de recaídas, encontrando la religiosidad, como apoyo en la prevención y en el proceso de tratamiento, dotando al usuario de aspectos positivos que facilitan la adhesión a tratamiento y consecución de la abstinencia, previniendo, de este modo la recaída (Al-Omari, Hamed, Tariah, 2014; Lucchetti

et al., 2014; Silva, Ferreira y Bernardoni, 2014). Podemos señalar, que quizás no está tan alejado de estos estudios el resultado obtenido, ya que se puede dar la relación entre dicho motivo 5: sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as, con la aparición de un conflicto moral, mayor que en las no practicantes, por el significado de la maternidad en la religión, cuestión que genera estados emocionales negativos que pueden llevar a la recaída, tal y como ha quedado patente con los resultados obtenidos, mayor prevalencia de recaídas por el Motivo 3: "Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia....". Para concluir este aspecto, señalamos el estudio de Romero et al. (2010), el cual indica que participar en grupos de reflexión con contenido religioso favorece la rehabilitación; o estudios que indican, como factor de recaída, la ausencia de la religión (Dios), en su vida (Gehring, 2014).

A continuación pasaremos a discutir lo relativo al **objetivo específico 3**, la influencia de variables Jurídico-legales.

En relación al **tipo de delito** por el que cumple condena, pudiendo éste condicionar la prisionalización (Echeverri, 2010), se relaciona con el Motivo 6: "Salida de prisión y volver al entorno anterior" y el Motivo 8: "Presencia de problemas familiares". En relación al Motivo 6, encontramos diferencias entre las mujeres que han cometido delitos contra la salud pública y otros delitos, recayendo más por dicho motivo las que cometieron "otros" delitos que las que los cometieron contra la salud pública; diversos estudios indican que el 60% de las mujeres presas, están por delitos contra la salud pública (Cervelló et al., 2006), al igual que otros estudios internacionales, una de cada tres mujeres ingresa en prisión por delitos relacionados con las drogas (Zurhold, 2005), hemos constatado en el Marco General de la Investigación Nacional llevada a cabo con mujeres reclusas "*Mujeres reclusas drogodependientes y su reinserción social. Estudio socioeducativo y propuestas de acción*" (Proyecto I+D+I, Referencia EDU2009-13408), descrita anteriormente, en la cual se enmarca el presente trabajo, que aunque, presumiblemente debería ser al contrario por concepciones sociales erróneas, la mayoría de las mujeres condenadas por delitos contra la salud pública no presentan historia adictiva y sí las que delinquen por "otros" motivos; lo mismo podemos decir del Motivo 8: "Presencia de problemas familiares", se da con mayor proporción recaer por este motivo en las mujeres que presentan "otros"

delitos. Según señalan algunos estudios, se ha encontrado significación estadística, entre mujeres consumidoras reclusas y mayor delitos cometidos relacionados contra la propiedad y de orden económico (Villagrà et al., 2011), así como en población tanto de hombres y mujeres, cuya adicción lleva a la delincuencia y la intoxicación de la sustancia de abuso a la comisión del delito (tal y como se ha descrito en el marco teórico, mediante el modelo conceptual tripartito de Goldstein, 1985), principalmente, con el fin de conseguir los recursos económicos para su compra, señalando este motivo el 86,65% de los reclusos del estudio consultado (Santamaría y Chait, 2004), guardando relación con lo encontrado en el nuestro.

El estar cumpliendo la **primera condena** o no, se relaciona con el Motivo 1: "Deseo incontrolable de consumir la sustancia (craving)", y el Motivo 6: "Salida de prisión y volver a entorno anterior", si bien, no se alcanza significación estadística para identificar en cuál de las categorías exploradas. En base a estos resultados, podemos reflexionar al respecto así, el ingresar por primera vez o haber ingresado en más de una ocasión en prisión, puede provocar reacciones adversas, actuando éstas como protección o riesgo de recaída. Con todo, tal y como señala Echeverri (2010), tener una mayor trayectoria penal, facilita la adaptación al mundo penitenciario, si bien otros estudios señalan que una historia de encarcelamiento, se asocia con un mayor consumo de drogas, frente a las que no poseen dicho historial (Gilbert et al., 2013). Estas cuestiones las podemos relacionar, para un posterior análisis más exhaustivo, con la presencia de estrés postraumático/consumo de drogas y su relación con el medio penitenciario como desencadenante de dicho trastorno (Pimlott, 2004), existiendo datos que indican una mayor prevalencia de dicho trastorno en reclusos que en población general (Ehlers, Maercker y Boos, 2000), dándose mayor tasa en mujeres que en hombres (Pimlott, 2002; 2004), y aumentando el riesgo de recaída (Brown, Stout y Mueller, 1996), siendo ésta también mayor en el género femenino (Pimlott, 2004).

El **tiempo que lleva en prisión desde el último ingreso**, influyendo dicha variable en la vivencia de la prisionalización (Echeverri, 2010), guarda relación con el Motivo 1: "Deseo incontrolable de consumir la sustancia (craving)", y el Motivo 4: "ingreso en prisión". En concreto, las diferencias significativas para el

Motivo 1, se han encontrado en el grupo que cumple una condena de más de 4 años, siendo más frecuente no recaer por este motivo que en el resto de categorías. En relación al Motivo 4: ingreso en prisión, las diferencias se dan en los grupos que se encuentran cumpliendo condena entre 1-2 años y más de 4, siendo más frecuente recaer por este motivo entre las del primer grupo que las del segundo. Extraemos de los resultados, que el hecho de más de 4 años de condena, puede conllevar una adaptación a la vida en prisión y un uso de los recursos (formativos, de tratamiento...), sin necesidad de recurrir al consumo. Kirchner (2003), indica que un mayor tiempo de condena conlleva consecuencias negativas para la persona, como disfunciones psicológicas, dato que concuerda con el de otros autores que señalan que el estrés generado por y durante la privación de libertad en la prisión afecta psicológicamente, en mayor grado a las mujeres que a los hombres, provocando una mayor tasa de trastornos mentales en éstas (Gunter, 2004; Lewis, 2006; Pulido-Criollo, Rodríguez-Landa y Colorado-Martínez, 2009; Turbi y Llopis, en prensa; Tye y Mullen, 2006), pudiendo general malestar emocional que conlleve una recaída en el consumo; resultados que podrían entrar en contraposición a los hallados en nuestro estudio, ya que las mujeres evaluadas que llevan más de 4 años, presentan menor tasa de recaída para los motivos señalados anteriormente, 1 y 4.

La variable analizada en relación al **tiempo que queda hasta finalizar cumplimiento de condena** guarda significación con el Motivo 1: "Deseo incontrolable de consumir la sustancia (craving)", encontrando dicha significación, en las categorías 1-2 años hasta finalizar condena y 3-4 como tiempo máximo de condena. Recaen con más frecuencia, por este motivo 1, las mujeres a las que les queda entre 1-2 años, siendo menos frecuente en las mujeres que les queda entre 3-4 años. No se han encontrados estudios, evidencias que den luz al resultado, si bien es una temporalidad intermedia, que hace no ver inminente la salida del centro penitenciario, ni queda el suficiente tiempo, como para plantear una adaptabilidad a las condiciones intramuros que faciliten la estancia.

No obstante, haremos un breve referencia a la vivencia del tiempo intramuros y sus consecuencias; la propia vida en prisión (Casares-López, 2010; Lledó, Manzanos y Álvarez, 2014; Valverde, 1997), y en concreto las condenas

largas, pueden conllevar intrínsecamente un factor de riesgo para la aparición de enfermedad mental (Manzanos, 2007), y ésta, ser precursora directa o indirectamente de recaídas como hemos obtenido en el estudio realizado; ya que, para este colectivo, el tiempo que transcurre mientras que se encuentran en privación de libertad, se percibe como negativo y no como positivo (Añaños, Fernández y Llopis, 2013). A su vez cuanto más tiempo quede de condena, es decir, falte para obtener la libertad, el tiempo es vivido como “perdido” o de “sufrimiento” (Matthews, 2003). Los internos/as que presentan condenas largas pueden llegar a perder motivación en planteamientos futuros de desarrollo personal (Cohen y Taylor, 1972).

En el **objetivo 4**, nos hemos planteado la influencia de aspectos relacionados con la vida en prisión, resaltando los que se citan a continuación:

El haber recibido o no **cursos destinados al empleo** durante el ingreso en prisión, cuestión evidente y necesaria para los procesos de reinserción (Añaños y Yagüe, 2013), no se relaciona con la recaída, (en concreto con los motivos evaluados), aún como es señalado en diversos estudios, la mujer presenta menores recursos y por consiguiente, mayor dificultad en la reincorporación al mundo exterior (Rodríguez, Córdova y Fernández, 2015). Si bien, no ocurre lo mismo con la **participación en programas** de otra índole en el centro penitenciario, (ítem 41 del cuestionario administrado, Anexo 1); entre éstos se encuentran, tanto los de educación reglada, como otros relacionados con el tratamiento de drogas, empoderamiento de la mujer o incluso los relacionados con la prevención-tratamiento de la violencia de género; estos espacios-acciones, previenen de estados que pueden propiciar factores de riesgo de la recaída, favoreciendo, por contra, los de protección (Álvarez et al., 2012; Silva, Ferreira y Bernardoni, 2014); dicha variable se relaciona con el Motivo 9: "Presencia de problemas con la pareja", obteniendo, de la muestra estudiada el siguiente dato: recaen menos por este motivo, las que sí han participado o participan en los programas señalados, por lo que se infiere el efecto positivo de éstos, en relación a la posible recaída por problemas con su pareja.

La **valoración subjetiva de la vida en prisión** guarda relación con el Motivo 5: "Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as", encontrando

significación, únicamente, en el grupo que valora la estancia como regular, dándose mayor frecuencia de recaídas en las mujeres que lo valoran de este modo; se sobreentiende, que una valoración positiva, conlleva una menor presencia de aspectos emocionales desagradables que puedan conducir a la recaída. Una vez más, aparece el tema hijos/as y el sentimiento de la pérdida de éstos, haciendo dicha situación, la pérdida de los mismos/as y los estados emocionales que genera, que la estancia se valore de una forma negativa, favoreciendo la recaída por este motivo.

Los resultados obtenidos tras el análisis de la siguiente variable, la **percepción de apoyo social/familiar desde el ingreso en prisión**, evidencian la importancia del apoyo percibido por este colectivo, al igual que las relaciones intramuros para la reinserción y lógicamente, para su bienestar emocional (García-Vita y Melendro, 2013; Spotts et al., 2004), pudiendo generar frustración y una necesidad constante de readaptación, la falta de o dificultad de apoyo social/familiar percibido (Lledó, Manzanos y Álvarez, 2014), al igual que una escasa implicación familiar, se asocia con mayor riesgo de recaída (Goeb et al., 2000). Otros estudios nos indican que las mujeres con consumo de sustancias reciben un menor apoyo familiar en el tratamiento (Llopis et al., 2008), agravado este aspecto en situaciones de reclusión. Se encontraron relaciones existentes entre esta variable y el Motivo 1: "Deseo incontrolable de consumir la sustancia (craving)" y el Motivo 3: "Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...". En cuanto al Motivo 1: deseo incontrolable de consumir la sustancia, se da menor frecuencia de recaída en las mujeres que presentan un nivel de apoyo medio, si bien, en relación al Motivo 3: presencia de aspectos emocionales desagradables, tristeza, frustración, rabia..., presentan una mayor frecuencia de recaída por dicho motivo, las mujeres que no presentan ningún tipo de apoyo; por lo que la percepción de tener apoyo, tanto familiar como social, puede estar relacionado con los factores de protección de las recaídas, o lo que es lo mismo, el no percibirlo puede llegar a ser un factor de riesgo para las recaídas (Garmendia et al., 2008; Gomes y Rigotto, 2002; Lemos et al., 2012; Marlatt y Witkiewitz, 2011; Mendes et al., 2011; Pereira y Souza, 2010; Silva, Ferreira y Bernardoni, 2014; Souza, Oliveira y Assis, 2011). Existen estudios que indican que el apoyo familiar tras el encarcelamiento, es básico para

la rehabilitación, pudiendo reducir las tasas de recaída (Zhu, Dong y Hesketh, 2009).

En relación al **objetivo 5**, (el cual plantea el análisis de variables vinculadas directamente al consumo de drogas, historia adictiva y tratamientos relacionados), resaltamos los siguientes aspectos:

En contra de lo esperable, la **sustancia principal** de consumo no guarda relación con ninguno de los motivos relacionados, así, si quisiésemos indagar más al respecto, los análisis tendrían que considerar los perfiles adictivos identificados en la muestra seleccionada y en concreto con el Motivo 1: "Deseo incontrolable de consumir la sustancia (craving)", recogiendo en éste las características propias de la sustancia, en relación al síndrome de abstinencia y craving. Nuestros resultados son coincidentes con otros estudios (Fischer et al., 2002; Murphy et al., 2010), los cuales no concluyen que exista una asociación directa entre el tipo de sustancia y riesgo de recaída, si bien, se han encontrado evidencias que el consumo de heroína como sustancia principal, sí precipitaba una mayor prevalencia de recaídas (Smith et al., 2010), debido principalmente a las propias características y efectos de la sustancia y de su consumo, la problemática social, familiar y enfermedades asociadas al mismo (Maremmani et al., 2011; Sánchez-Hervás et al., 2010). Si que se observa una tendencia a la unanimidad en los estudios que muestra que la heroína es la sustancia principal de consumo de las mujeres reclusas, el 35,6% (Cervelló, et al., 2006), tras el cannabis y tranquilizantes (De Miguel, 2015); resultados similares se han encontrado en población tanto masculina y femenina reclusa, un 82,05% de los y las que han delinquido, ha sido para la adquisición de heroína, condicionado por el síndrome de abstinencia asociado, si bien, señalan los autores del estudio que un 94,87% fue para la compra de cocaína (Santamaría y Chait, 2004), aunque no se especifica si ésta era para el consumo vía esnifada (clorhidrato), o cocaína base, circunstancia que puede condicionar la conducta de adquisición de la sustancia y por consiguiente la conducta delictiva (Harrison, 2000) y como no, las posibles recaídas por el Motivo 1.

El haber estado en **tratamiento** para la adicción anterior al ingreso en prisión, sí muestra diferencias entre dicha variable y el Motivo 1 y el Motivo 3.

En relación al Motivo 1: "Deseo incontrolable de consumir la sustancia (craving)", el análisis efectuado, nos indica que recaen más por este motivo las mujeres que sí han recibido alguna vez tratamiento para el abandono de drogas, por lo que nos hace cuestionar, que los tratamientos recibidos no consiguieron el objetivo previsto, esto no tiene porque deberse a la ineficacia de dichos tratamientos, ya que, podría guardar relación a una mala aplicación temporal de los mismos, sin considerar el estadio de cambio de la persona adicta (Miller y Rollinck, 1999; Prochaska y DiClemente, 1982; Turbi, 2008, 2010). En cuanto al Motivo 3: "Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...", aun existiendo relación con la variable estudiada: haber estado en tratamiento, los residuos tipificados corregidos llevados a cabo en el análisis estadístico, no alcanzan significación estadística, si bien, la presencia de estos aspectos emocionales desagradables como motivo de recaída, hacen necesario que sean considerados en los tratamientos encaminados al abandono de las sustancias de abuso. Con todo, se han encontrado estudios en prisiones españolas, en los que el 57,9% de las mujeres reclusas con trastorno por abuso de sustancias, inició un tratamiento de deshabituación para dicho problema anterior a su ingreso en centro penitenciario, aún presentando un 42,1% de recaídas ante el consumo, pese a dicho tratamiento (Cervelló et al., 2006), datos acordes a los encontrados en nuestro estudio.

Vamos a profundizar en el siguiente apartado, en la **modalidad de los tratamientos** recibidos, ya que diversos autores señalan que algunas características de dichos tratamientos, se relacionan con ciertas variables de las recaídas (Rubio, Martínez-Gras y Manzanares, 2009). Nuestro estudio, en términos generales, no da claridad qué modalidad de tratamiento favorece en mayor medida la abstinencia, evitando la recaída, ya que tanto los tratamientos de desintoxicación, como los ambulatorios, no se relacionan con los motivos de recaídas explorados, aunque señalamos lo encontrado en la literatura científica al respecto, que un porcentaje alto de recaídas se da tras un tratamiento de desintoxicación en pacientes cuya sustancia principal eran los opiáceos (heroína) (Grau-López et al., 2012).

En cambio, sí se encuentra significación estadística entre las mujeres que han sido tratadas en Centro de día y el Motivo 4: "Ingreso en prisión". Éstas, las

que sí han recibido tratamiento en Centro de Día, recaen más por este motivo 4, que las que no lo han recibido. Encontramos en este mismo motivo, 4, significación con haber recibido tratamiento en Comunidad Terapéutica sin poder establecer relaciones, ya que los residuos tipificados corregidos no alcanzan significación estadística. En relación a la Comunidad Terapéutica, diversos autores apuntan la defensa de dicha modalidad de tratamiento como de lo más eficaces, frente a los ambulatorios (Santos et al., 2000), con la consiguiente adaptación al medio penitenciario (Arroyo-Cobo, 2011; Gunn, 2000; Walker, 2004), y siendo uno de los más solicitados por personas adictas (Gehring, 2014).

Se encontró en nuestro estudio y teniendo en cuenta otra modalidad de tratamiento, que haber recibido tratamiento con metadona, se relaciona con el Motivo 3: "Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia..." y el Motivo 5: " Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as", si bien, en cuanto al motivo 3, los residuos tipificados corregidos tampoco alcanzan significación estadística. En relación al motivo 5, presentan con mayor frecuencia este motivo de recaída, las mujeres que no han recibido este tipo de tratamiento, es decir, el haber sido tratada por este tipo de tratamiento, puede reducir en cierta medida, la posibilidad de recaer por este motivo, mostrando su eficacia (Arroyo et al., 2000; Marco et al., 2013; Roncero et al., 2008), incluso tras el excarcelamiento (Zhu, Dong y Hesketh, 2009).

Algunos estudios, indican que determinados tratamientos, en concreto programas de mantenimiento con metadona y de Comunidad Terapéutica, muestran un mejor pronóstico y evolución frente a los ambulatorios (Girón, 2007; Valero-Aguayo et al., 2013).

En cuanto a otros tratamientos, los cuales no quedan definidos por el instrumento utilizado en el estudio, se encuentran relaciones tanto para el Motivo 4: "Ingreso en prisión" y el Motivo 6: "Salida de prisión y volver al entorno anterior", si bien, en el motivo 4, los residuos tipificados corregidos no alcanzan la significación estadística. Para el motivo 6, recaen con mayor frecuencia las mujeres que sí han sido tratadas con "otros tratamientos", no pudiendo concluir la modalidad de éstos, ya que se desconoce el tipo de tratamiento.

Algunos autores, refieren que la combinación de tratamientos es la fórmula adecuada, en concreto, para los problemas mentales encontrados en la población penitenciaria, siendo la farmacoterapia junto a la psicoterapia, la opción adecuada, aun siendo los objetivos de los mismos, tanto la consecución de la abstinencia como la reducción de riesgos y daños (Lledó, Manzanos y Álvarez, 2014; Rodríguez-Arrebola, 2005; Sánchez et al., 2011).

La **continuación del tratamiento iniciado**, anterior al ingreso en prisión, se relaciona con el Motivo 8: "Problemas familiares", siendo las mujeres que más recaen por este motivo, las que no continuaron el tratamiento tras el ingreso en prisión, es decir, presentan menos este motivo de recaída las que sí lo continuaron, por lo que sugerimos, que mantener el tratamiento favorece una mejor relación familiar, o en su caso, no perjudica las mismas tras el ingreso. Es importante señalar, que no todas las prisiones en España disponen de los mismos recursos o tratamiento disponibles, por lo que la continuidad del tratamiento iniciado en el exterior, no depende de la mujer únicamente, sino de la disponibilidad y accesibilidad al mismo. La propia complejidad del medio penitenciario, dificulta un espacio terapéutico adecuado, tanto para la puesta en marcha, como para la eficacia de dichos tratamientos (Arroyo-Cobo, 2011), incluso dificulta la disponibilidad y accesibilidad a los mismos, entre otros motivos, por los posibles traslados entre prisiones y las consiguientes estancias en diferentes centros penitenciarios, sin poder alcanzar unas características terapéuticas mínimas (Lledó, Manzanos y Álvarez, 2014).

Se exploró la opción de estar en **tratamiento en la actualidad**, guardando relación con el Motivos 3: "Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia..." y el Motivo 5: "Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as", si bien, los residuos tipificados corregidos no alcanzan significación estadística. Con todo y tras la observación de las frecuencias obtenidas, hipotetizamos, que aún estando en tratamiento, recaen más la mujeres por el motivo 3: presencia de aspectos emocionales desagradables. Para el motivo 5: sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as, ocurre lo contrario, según las frecuencias obtenidas, sugerimos que recaen más las mujeres que no se encuentran en tratamiento en la actualidad.

Indagando en la **modalidad de tratamientos** recibidos en la actualidad y su posible influencia en motivos de recaídas encontramos los siguientes aspectos:

Recibir tratamiento de desintoxicación en la actualidad se relaciona con el Motivo 4: "Ingreso en prisión", siendo más frecuente recaer por este motivo en las mujeres que sí se encuentran en tratamiento de desintoxicación.

Si el tratamiento recibido es el de deshabituación (sin metadona), éste guarda relación con el Motivo 5: "Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as", aún sin alcanzar significación estadística que indique relaciones entre categorías. Si es el de deshabituación (con metadona), y, obviamente, por la propia modalidad del tratamiento, uso de metadona, inferimos que la sustancia principal de consumo son los opiáceos (heroína), se encuentran relaciones tanto con el Motivo 1: "Deseo incontrolable de consumir la sustancia (craving)" y el Motivo 5: "Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as". En cuanto al motivo 1, es más frecuente en las mujeres que sí realizan tratamiento con metadona, algo inicialmente incongruente, ya que la administración de metadona en dosis adecuadas elimina la aparición de síntomas propios del síndrome de abstinencia, provocado por el abandono de consumo de opiáceos, si bien, cabe la posibilidad que aparezca craving de otras sustancias. En relación al motivo 5: sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as, es más frecuente en las mujeres que no lo realizan, coincidiendo con el dato obtenido en modalidad de tratamiento anterior al ingreso, en ambos casos, el encontrarse en tratamiento con administración de metadona, reduce la probabilidad de recaer por el motivo 5: sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as, en relación a las que no lo reciben. Los tratamientos con mantenimiento de metadona junto a los de reducción de riesgos y daños donde incluimos los que comentamos a continuación, son los de mayor aplicación en los centros penitenciarios del territorio español (DGPNSD, 2006a).

Respecto a los programas de intercambio de jeringuillas, PIJ's, y su relación con muchos de los motivos estudiados, cabe realizar una puntualización; estos programas son denominados de reducción de riesgos o daños, demostrada su eficacia en diferentes ámbitos, entre ellos en prisión (Barrios, 2003; Romero et al., 2005), conllevan el consumo activo de la sustancia principal administrada por vía endovenosa, por lo que no podemos considerar recaída a estos consumos.

En relación a los tratamientos, curiosamente encontramos en estudios relativos a personas con trastornos por consumo de sustancias, que los que más tratamientos han recibido, presentan un peor pronóstico, supuestamente porque presentan una mayor gravedad en la adicción (Valero-Aguayo et al., 2013), por lo que no es suficiente la participación en los mismos, sino la adecuación de éstos, a las características personales y situacionales del colectivo a tratar, por supuesto considerando la perspectiva de género (Calvo, 2007; Romero et al., 2010; Silber, Marsden y Brady, 2003; Rodríguez, Córdova y Fernández, 2015).

La **valoración de los tratamientos** en la actualidad, que realiza la muestra seleccionada, se relacionan con el Motivo 6: "Salida de prisión y volver al entorno anterior", en concreto con las categorías de valoración del tratamiento actual: mala y buena. Se da con más frecuencia la recaída, en las mujeres que lo valoran como "mala" y en menor frecuencia, las que han valorado el tratamiento como "buena", por lo que podemos decir que dicha valoración positiva, puede tener que ver con la eficacia percibida de tratamiento, generando autoeficacia (Miller y Rollinck, 1999), tras la salida del centro penitenciario, presentando menos frecuencia de recaídas y favoreciendo la consecuencia de la abstinencia.

En relación a la valoración de los tratamientos, la calidad de los tratamientos recibidos, similar a los ofrecidos a la comunidad, con intervenciones adecuadas e integrales, y por consiguiente, una valoración positiva de los mismos por parte de los usuarios/as, reduce el estigma social de la enfermedad mental (Arroyo-Cobo, 2011), al igual que se ha señalado, por parte de la Comisión Europea, que un 12% de internos/as en instituciones penitenciarias necesitan una atención especializada en salud mental (Salize, Drebing y Kief, 2007), por lo que una adecuada derivación a los servicios asistenciales adecuados es primordial (Arroyo-Cobo, 2011).

Otro aspecto evaluado se refiere a la **autopercepción de problema adictivo y temporalidad de la abstinencia**, dándose relaciones significativas con el Motivo 7: "Presencia de problemas sociales" y el Motivo 8: "Presencia de problemas familiares". En relación al motivo 7, no recaen por este motivo las mujeres que llevan más de 6 meses sin consumir. En cuanto al motivo 8, se da con más frecuencia recaer por el mismo, en las mujeres que llevan más de una semana sin consumir, pero

menos de seis meses abstinentes, dándose con menor frecuencia en las que se mantienen mas de seis meses abstinentes. Resulta obvio, que el mantenimiento de la abstinencia durante un tiempo considerable, como puede ser más de seis meses, favorece la integración de los cambios conseguidos, al igual que encontrarse en una fase de mantenimiento en relación al consumo de drogas (Cardinal et al., 1998; Prochaska, Diclmente y Norcross, 1992), previniendo la recaída y facilita las relaciones no problemáticas en el entorno social y familiar, por lo que inferimos de nuestros resultados. Dichos datos guardan relación con los encontrados por Goeg et al. (2000), indicando que una escasa motivación hacia el tratamiento esta asociada a un mayor riesgo de recaídas.

Comentaremos a continuación el **objetivo 6**, (relacionado éste con la salud mental de la población estudiada y por consecuencia, la presencia de patología dual), es decir, la influencia de aspectos relacionados con la salud mental de la muestra seleccionada y motivos de recaídas. Hacemos un breve reseña del concepto de patología dual, por su relación directa al objetivo 6; así, entendemos la patología dual, como la comorbilidad o concurrencia de un trastorno por consumo de sustancias con otro trastorno psiquiátrico (Marín-Navarrete y Szerman, 2015; Szerman et al., 2015), siendo una problemática emergente que conlleva un nuevo fenómeno sanitario (López Muñoz, Álamo y Rubio, 2010).

Se han encontrado datos de comorbilidad, entre trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos de hasta un 80% (Marín-Navarrete y Medina-Mora, 2015; Roncero et al., 2011; Szerman et al., 2012), siendo evidente la presencia de trastornos psicológicos asociados al consumo de drogas (Engstrom et al., 2008; Gilbert et al., 2013), y por supuesto, presentando un peor pronóstico en el tratamiento (Blanco et al., 2010); si tenemos en cuenta la población femenina, independientemente de ser reclusa o no, las mujeres, con problemas de consumo de sustancias, presentan una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos, que los hombres, también con trastorno por consumo de sustancias (Marín-Navarrete et al., 2015). En concreto, según varios autores, los trastornos más frecuentes en mujeres con Trastorno de consumo de sustancias, son los relacionados con los del estado de ánimo, ansiedad y conducta alimentaria (Hudson et al., 2007; Piran y Robinson, 2006; Pope y Kessler, 2006; Villagrà et al., 2011), así como, como revelan otros estudios, la presencia de Trastornos de Personalidad (Marín-Navarrete et al., 2015).

Centrándonos en población reclusa, según James y Glaze (2006), un 75% de la población reclusa femenina, presenta sintomatología psiquiátrica, en mayor incidencia que hombres internos en instituciones penitenciarias (Lewis, 2006; Pulido-Criollo, Rodríguez-Landa y Colorado Martínez, 2009; Tye y Mullen, 2006), y $\frac{3}{4}$ partes de éstas, trastorno por abuso de sustancias, empeorando el pronóstico (Arroyo-Cobo, 2011), y siendo mayor la presencia de trastorno mental en internos/as en centros penitenciarios, un 12% de los reclusos/as requieren tratamiento psiquiátrico (Salize, Drebing y Kief, 2007).

Teniendo en cuenta los resultados de diversos estudios y las particularidades de la población estudiada, los resultados son unánimes, existe una alta prevalencia de sintomatología psiquiátrica y patología dual en la misma (Baillargeon et al., 2010; Butler et al., 2011; Casares-López et al., 2011; Szerman et al., 2015 Turbi y Llopis, en prensa), destacando además, que mucha de esta población está sin diagnosticar (Lledó, Manzanos y Álvarez, 2014; Vicens-Pons y grupo PRECA, 2009); otros estudios epidemiológicos al respecto indican que la población reclusa, en comparación con la población general, duplica los trastornos mentales comunes y cuadriplica los trastornos mentales graves (Arroyo-Cobo, 2011), o encontrando que la incidencia de patología psiquiátrica es siete veces mayor en reclusos/as que en población general (Wilson, 2004), sumando a esto, los trastornos mentales derivados del consumo de sustancias, pudiéndose cronificar y empeorar el pronóstico de la adicción (Arroyo-Cobo, 2011); encontramos en España una prevalencia del 76,2% de trastorno por abuso de sustancias en la población reclusa (Haro, 2006). Atendiendo a éstos datos y asumiendo previamente que la presencia de patología dual se asocia a un mayor número de recaídas (Grau-López, et al., 2012; Martín-Santos et al., 2006), es por lo que se decidió analizar diversos síntomas patológicos relacionados con síndromes o trastornos psiquiátricos, obteniendo los siguientes datos relevantes.

La **sintomatología depresiva** guarda relación con el Motivo 3: "Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...", obvio, ya que éste se refiere directamente a la presencia de aspectos emocionales desagradables, dándose con más frecuencia la recaída por este motivo, en las mujeres que sí presentan dichos síntomas. Señalamos estudios que indican, que la población reclusa que cumple criterios para patología dual, el 79,2% presentaba trastornos afectivos

(Casares-López et al., 2011), asociado principalmente a los sentimientos de vergüenza, culpa y fracaso (Blanco et al., 2010), relacionados estos sentimientos con el rol asociado de ser mujer; de nuestra muestra el 66,9%, presentan sintomatología relacionada con este tipo de trastornos, al igual que existe, según otros estudios, una relación evidente, de presencia de trastornos afectivos, con mayor prevalencia de recaídas en población con patología dual no reclusa (Grau-López et al., 2012); en el estudio de Cervelló et al., (2006), la sintomatología depresiva es predominante en la población reclusa femenina (Zlotnick et al., 2008), y con mayor incidencia en aquellas con hijos/as y escaso apoyo social (Galván et al., 2006; Pulido-Criollo, Rodríguez-Landa y Colorado- Martínez, 2009); en concreto, en población adicta femenina, se asocian desordenes afectivos y ansiedad (Rodríguez, Córdova y Fernández, 2015; Sánchez, 2000), tal y como señalamos a continuación.

En cuanto a la **sintomatología ansiosa**, presente en el 64,5% de nuestra población estudiada, es semejante al encontrado en otro estudio de población reclusa femenina (Butler et al., 2011); la presencia de dicha sintomatología en nuestro estudio, se relacionada con el Motivo de recaída 3: "Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia..." y el Motivo 5: "Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as", siendo más frecuente la recaída en las mujeres que recaen por ambos motivos, presentando dichos síntomas. Señalamos, que el nivel de ansiedad aumenta en el momento del ingreso en prisión, si bien éste, disminuye conforme aumenta el número de ingresos y por consiguiente el conocimiento del medio penitenciario, sin desaparecer por la propia encarcelación (Echevarria, 2010). En relación a la sintomatología ansiosa y el consumo de sustancias, ésta suele ser muy frecuente y bidireccional, más común en las mujeres que en los hombres (Blanco et al., 2010).

En relación a signos que evidencian **deterioro cognitivo**, aspecto que indican el 71,1% de las mujeres encuestadas de nuestro estudio, éstos se relacionan con el Motivos 5: "Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as", el Motivo 8: "Presencia de problemas familiares" y el Motivo 9: "Presencia de problemas con la pareja", no alcanzando significación estadística para los residuos tipificados corregidos en el motivo 5 y sí para el 8 y 9, siendo en ambos, más frecuente la recaída en las mujeres que si presentan los síntomas señalados.

La presencia de **síntomas psicóticos**, los cuales están presentes en un 17,4% de nuestra muestra, dato que difiere de otros estudios realizados en población reclusa, en ellos se observa una oscilación entre un 74,2% en mujeres presas (Butler et al., 2011) y un 0,8% independientemente del género (Casares-López et al., 2010), pasando por un 30,9% (Lukasiewicz et al., 2009); con todo, encontramos relación con el Motivos 1: "Deseo incontrolable de consumir la sustancia (craving)" y el Motivo 9: "Presencia de problemas con la pareja", no alcanzando significación estadística para los residuos tipificados corregidos en el motivo 1. En relación al motivo 9, se da con más frecuencia la recaída en las mujeres que sí presentan sintomatología psicótica.

Signos relacionados con **trastornos del control del impulso**, con expresiones de ira-agresividad, están presentes en el 26,4%, dato semejante a lo encontrado por Mundt et al. (2013) en relación al trastorno explosivo intermitente. Se dan relaciones con el Motivo 1: "Deseo incontrolable de consumir la sustancia (craving)", el Motivo 4: "Ingreso en prisión", el Motivo 5: "Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as" y el Motivo 8: "Presencia de problemas familiares". En todos los motivos, es más frecuente la recaída en las mujeres que sí presentan los síntomas señalados. Existen estudios, que indican un nivel elevado de impulsividad, se relaciona con mayor probabilidad de abandono de tratamiento (Martínez-González et al., 2013; Forcada, Pardo y Bondía, 2006; Sargeant et al., 2012), aumentando lógicamente el riesgo de recaídas, si bien, hay estudios que señalan que entre la variable impulsividad, (teniendo en cuenta sus componentes cognitivos y motores), y el consumo de sustancias, no se encuentran diferencias significativas por lo que al género se refiere (Blanco et al., 2010).

Datos también relevantes, los obtenemos en cuanto al diagnóstico de **trastorno de personalidad** (antisocial, límite y/o histriónico) con un presencia en nuestra población del 26,4%, encontrando datos que reflejan que un 54% de pacientes que se encuentran en centros de drogodependencias, presentan algún trastorno de personalidad (Molina y Mesías, 2014), o un 31% de internos/as en población penitenciaria española, en concreto en la prisión de Zuera (Arroyo, 2002), incluso hemos encontrado hasta un 85% de comorbilidad, en otros estudios (Casares-López et al., 2012). El trastorno límite de personalidad, uno de los más estudiados, se relaciona con un peor pronóstico en el tratamiento, obteniendo

menores porcentajes de altas terapéuticas (Madoz-Gúrpide et al., 2013), y con una mayor asociación a la conducta adictiva, aumentando el riesgo de adicción, que junto al trastorno histriónico de personalidad y por dependencia, son más frecuentes en mujeres que en hombres (Blanco et al., 2010); el trastorno límite de personalidad junto al trastorno de personalidad antisocial, son los que mayor comorbilidad guardan con el consumo de sustancias (Blanco et al., 2010; San, 2004), aumentando la prevalencia cuando hablamos de población penitenciaria (Casares-López, et al., 2010). En relación a los resultados de nuestro análisis, y el diagnóstico de alguno de los trastornos de personalidad preguntados, hay relación con el Motivo 1: "Deseo incontrolable de consumir la sustancia (craving)", el Motivo 3: "Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...", el Motivo 5: "Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as", el Motivo 7: "Presencia de problemas sociales" y el Motivo 8: "Presencia de problemas familiares". En todos estos motivos, existe una mayor frecuencia de recaída en las mujeres que sí presentan alguno de los diagnósticos de trastornos de personalidad especificados; si bien, existen estudios en población con diagnóstico dual-trastornos de personalidad, que indican que no existe un mayor porcentaje de recaídas frente a los que no los presentan (Grau-López, 2012). Si bien, la presencia de trastornos de personalidad en población consumidora de drogas no reclusa, se ha asociado con unas mayores tasas de abandono y fracaso terapéutico (Martínez-González et al., 2013; Perry y Bond, 2002; Sirvent, 2009), por lo que hipotetizamos que se dan un mayor número de recaídas.

Hasta ahora se ha observado una relación clara de estos síntomas con alguno de los motivos de recaída estudiados, si bien, cuando analizamos síntomas relacionados con **trastornos de la conducta alimentaria** no ocurre lo mismo, ya que síntomas relacionados con la anorexia (presentes en el 25,6% de la muestra) no se relacionan con ninguno de los motivos, y síntomas de tipo bulímico (presentes en el 24%) guardan relación con el Motivo 2: "Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia" y el Motivo 3: "Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...", si bien, no se alcanza significación estadística suficiente para relacionar categorías; de todos modos, la literatura científica, refiere comorbilidad entre los TCA, (trastornos de la conducta alimentaria) con los TUS (trastornos por uso de sustancias) (Almonacid et al., 2010;

Katzman Blanco et al., 2010; Greenberg y Marcus, 1991; Pérez-Gómez y Correa, 2011; Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016; Sánchez, 2000; Villagrà et al., 2011).

La presencia de patología dual, se asocia a una mayor prevalencia en ideación suicida (Van den Bosch y Verheul, 2007), en población femenina (Castillo-Aguilella et al., 2003) así como, para Lukasiewicz et al., (2009), la presencia de patología dual se relaciona con mayor riesgo de suicidio en población reclusa. En nuestra población seleccionada, estos **intentos de suicidio**, se dan en el 45,5% de la misma, relacionándose con el Motivo 3: "Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia..." y el Motivo 8. "Presencia de problemas familiares", no alcanzando significación estadística para los residuos tipificados corregidos en el motivo 3 y sí en el motivo 8, siendo más frecuente la recaída, en las mujeres que sí presentan o han presentado conductas suicidas. Remarcamos que la valoración del riesgo de conductas suicidas y la intervención en las mismas, son de especial importancia para una integración social adecuada tras la excarcelación (Echeverri, 2010; Tejedor, 2009).

Si nos centramos en **conductas autolesivas**, siendo el 33,1% de la muestra, las que indican que sí las han perpetrado, únicamente se relacionan con el Motivo 2: "Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia", sin alcanzar significación estadística que señalen relaciones entre las categorías.

Profundizando en características relacionadas con la salud mental, en concreto con **tratamientos** recibidos para la sintomatología señalada, se relacionan el recibir tratamiento o "tomar algo", refiriéndonos a la automedicación con este término, con el Motivo 4. "Ingreso en prisión" y el Motivo 6: "Salida de prisión y volver a entorno anterior", no alcanzando significación estadística en el motivo 6. En relación al motivo 4: ingreso en prisión, ocurre con más frecuencia la recaída, en las mujeres que sí reciben tratamiento o "toman algo".

Si tenemos en cuenta la modalidad de tratamiento, encontramos que la automedicación se relaciona con el Motivo 3: "Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...", el Motivo 6: "Salida de prisión y volver a entorno anterior", el Motivo 7: "Presencia de problemas sociales", el Motivo 8: "Presencia de problemas familiares" y el Motivo 9: "Presencia de problemas con la pareja", no alcanzando significación estadística en los motivos 6, 7 y 8 y sí en el

motivo 3: presencia de aspectos emocionales desagradables y el motivo 9: problemas con la pareja; en ambos, es más frecuente la recaída en las mujeres que se automedican, por lo que sugerimos, que aún con la intencionalidad de paliar síntomas negativos, no es eficaz la automedicación.

En relación al tratamiento farmacológico, el cual se relaciona con el Motivo 9: "Problemas con la pareja", dándose mayor frecuencia de recaídas entre las que no lo reciben. De esta modalidad de tratamiento, se ha demostrado su eficacia en la prevención de recaídas (Álamo, López-Muñoz y Cuenca, 2000), siendo recomendable para el tratamiento de comorbilidad psiquiátrica (Marín-Navarrete et al., 2015; Pettinati, 2010; Rubio et al., 2010), encontrándose en continuo avance; aún si consideramos que la comisión de delitos, por actores con patología mental grave, se ha relacionado con el abandono de los tratamientos farmacológicos (Arroyo-Cobo, 2011). Con todo, y tal como señalan diversos autores, en prisión se puede dar una hipermedicalización, que aún siendo necesaria, puede mermar la accesibilidad a otros tratamientos, ya que existe el riesgo, que se convierta en una forma de evasión y evitación del sufrimiento o malestar, sin caer en la importancia de otras alternativas, como la psicoterapia incluyendo la prevención de recaídas (Lledó, Manzanos y Álvarez, 2014; Varela, 2007).

Curiosamente, y analizando el tratamiento psicológico, éste muestra escasa significación, únicamente encontramos relación con el Motivo 3: "Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...", dándose mayor frecuencia de recaídas entre las que reciben tratamiento psicológico; cuando lo esperado sería lo contrario, suponiendo la aportación de esta modalidad de tratamiento, eficacia en la remisión y gestión de aspectos emocionales desagradables. Desde aquí, tenemos que cuestionar y reflexionar sobre la psicoterapia ofrecida en los centros penitenciarios, su eficacia, disponibilidad, los procedimientos utilizados, así como, las características de las usuarias y nivel de gravedad de la sintomatología, todo con el fin, de identificar las carencias y limitaciones de dicho tratamiento y subsanar al máximo las deficiencias.

Quedando claramente evidente la influencia del estado de salud mental en unos u otros motivos, y al contrario, las escasas relaciones con los tratamientos,

podemos hipotetizar sobre la idea de si éstos, son los adecuados o no, y si existen evidencias científicas de su eficacia, (Secades y Hernández, 2011).

Por último y en relación al **objetivo 7**, analizamos dos variables que *a priori* pudiesen condicionar el motivo de la recaída, una de ellas es el haber sido **víctima de malos tratos**, o violencia de género (De Miguel, 2015), independientemente del actor de los mismos; no encontramos relación significativa con ninguno de los motivos, a pesar de la abundante producción científica que existe relacionando dicha variable con el consumo de drogas en mujeres y también en mujeres reclusas; se da una alta prevalencia de los malos tratos, en la población reclusa (en nuestra muestra un 27,3% había sido víctima) y de la posibilidad de aumentar la presencia de patología dual (Casares-López, 2010; Manzanos y Balmaseda, 2003; Pérez-Gómez y Correa, 2011; Saldivar et al., 2006; Valero-Aguayo et al., 2013), o haber sido víctimas de violencia sexual (Cervelló et al., 2006), al igual que para otros autores, haber sido víctima de violencia, es un factor de riesgo para el consumo de drogas (Gilbert, et al., 2013), siendo este consumo como una de la hipótesis explicativas del origen o mantenimiento del mismo, sirviendo éste, para paliar el malestar generado por el maltrato (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016; Souza y Cruz, 2009). La otra variable seleccionada, ha sido la presencia de **antecedentes familiares** y/o de pareja de consumo de alcohol y/u otras drogas, ya que se conoce el papel de dicha variable, como factor de riesgo en el consumo de drogas, tal y como indican algunos estudios, siendo la familia y/o la pareja un factor de inicio y primeros contactos con la sustancia de abuso (Gehring, 2014), si bien, en nuestro estudio, no se encontró relación alguna con ninguno de los motivos seleccionados, resultado que se encuentra en concordancia, con el estudio de Valero-Aguayo et al. (2013), el cual no encuentra significación entre antecedentes familiares de consumo y abandonos en el tratamiento, así como con lo analizado, en cuanto a recaída alcohólica y antecedentes familiares de consumo de alcohol, sin encontrar relación entre ambas (Urquidi, Trujillo y Gonzales, 2014).

Finalizamos la discusión de este trabajo señalando, que si bien, se dan con más frecuencia unos motivos de recaídas que otros, la cuestión de la maternidad junto al ingreso en prisión y la presencia de aspectos emocionales desagradables se encuentran presentes en muchas de las variables analizadas, al igual que los aspectos relacionados con la salud mental, y la presencia de patología dual. Del mismo modo,

se encuentra en la literatura científica, que tanto el afrontamiento positivo a las circunstancias de encarcelamiento, ya que es patente los efectos nocivos del mismo (Bascón y Vargas, 2015; Bustamante et al., 2013), el consiguiente enfoque de autorregulación como la búsqueda de salud (García y Días, 2007), entendiendo éste, como el proceso que realiza la persona para modificar su conducta (Baumeister y Vohs, 2004), controlando y activando estados emocionales (Ridder y de Wit, 2006), así como al ajuste/afrontamiento necesario ante las situaciones cotidianas de la prisión (Bascón y Vargas, 2014), son factores de protección frente al consumo de drogas (Gilbert et al., 2013), y por consiguiente de las posibles recaídas.

Evidentemente, con todo lo señalado, consideramos que es necesario un abordaje desde una perspectiva de género, y en concreto, con tratamientos específicos para mujeres adictas, ya que se ha constatado una mayor eficacia y resultados positivos en comparación con tratamientos mixtos (Claus et al., 2007; Villagrà y Gonzalez, 2013), incluso en mujeres adictas y vinculadas al sistema penal, reduciendo el consumo de drogas y la reincidencia delictiva (Niv y Hser, 2007; Prendergast et al., 2011), así como, menor tasa de recaídas (Grella, 2008; Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016; Villagrà et al., 2011).

CAPÍTULO 10. CONCLUSIONES

En el presente capítulo, señalamos de forma concisa las conclusiones más relevantes extraídas del análisis de la investigación realizada, si bien, se han tenido en cuenta todos los apartados abordados en el presente trabajo, para así, contextualizar y dar una mayor comprensión al resto de conclusiones.

Nuestro colectivo estudiado: mujeres drogodependientes reclusas, se encuentra inmerso en un entorno masculinizado, tanto, desde el punto de vista de la adicción como del mundo penitenciario.

Tal y como indican las encuestas relativas a dicha cuestión, existe una mayor prevalencia de hombres adictos que mujeres, siendo también, lógicamente, los que principalmente demandan tratamiento, por lo que, tanto desde una perspectiva histórica, como asistencial, la inmensa mayoría de los programas ofrecidos en la red asistencial de tratamiento de las adicciones, están diseñados para hombres, sin tener en consideración las características propias de las mujeres que presentan dicha problemática, por lo que es primordial considerar en futuros estudios, así como en el diseño de programas socioeducativos-terapéuticos, la perspectiva de género.

Si a lo concluido anteriormente, añadimos la condición de “reclusa”, atendiendo a la población objeto del presente estudio, hemos encontrado, tras la revisión de la literatura científica y análisis del contexto penitenciario femenino, que las mujeres en prisión, son una minoría de la población penitenciaria total, coincidiendo dicho dato, tanto en la actualidad como en el pasado, ya que, desde una mirada histórica del contexto penitenciario, la prisión fue creada para hombres, al igual que, como ya se ha señalado en relación a las intervenciones/tratamientos para las adicciones, los programas implementados en las instituciones penitenciarias, de forma generalizada, siguen marcados por una masculinización de los mismos.

Tras lo afirmado anteriormente, en relación al contexto donde se ha enmarcado la investigación, el trabajo de campo realizado, la temática concreta analizada: motivos de recaídas y la influencia de variables seleccionadas que responden a ámbitos diversos del colectivo, junto a la complejidad encontrada para acceder a la muestra y la escasez de literatura científica publicada al respecto, hacen que los datos extraídos tras su análisis, sean exclusivos y dotados de

originalidad, aportando luz, desde la evidencia científica, al entendimiento de la problemática expuesta, con la intencionalidad de ser útiles, pudiendo mejorar la práctica, y en consecuencia dotando de nuevas visiones a la intervención socioeducativa/terapéutica, con el fin último de favorecer la calidad de vida del colectivo y su reinserción social.

En relación a la muestra seleccionada, compuesta ésta, por un total de 121 mujeres, que se incluyen en los diferentes perfiles adictivos identificados: 54 mujeres son clasificadas como Ex-adictas, 37 como Adictas activas y 30 se encuentran realizando un Programa de Mantenimiento con Metadona.

Un 54,5% de la muestra, tienen entre 30 y 40 años de edad; poseen pareja el 79,3% de las mismas, al igual que, prácticamente un 80% de las mujeres evaluadas, son madres. Un 32,2%, sí han cursado Educación Primaria; el 46,3% se identifica como practicante de su religión.

Importante señalar que la droga más consumida por nuestro colectivo antes de su ingreso en prisión es la cocaína+heroína, conocida como *speed-ball*, refrenciada por el 52,9% de la muestra.

No podemos pasar por alto, aún siendo descrito con detalle en apartado de resultados, la alta prevalencia de sintomatología psiquiátrica, resaltando que más de la mitad de la muestra refiere la presencia de sintomatología depresiva, ansiosa, síntomas relacionados con el deterioro cognitivo y dificultades en el control de los impulsos.

De suma importancia y gravedad, que por los datos obtenidos, conlleva la necesidad de diseños de intervención concretos, es que el 45,5% de las mujeres que componen el colectivo evaluado, han presentado intentos de suicidio alguna vez en su vida, y un 33,1% de las mismas refieren que han llevado a cabo conductas autolíticas (autolesiones).

Definimos a continuación, las conclusiones más relevantes extraídas del trabajo realizado, considerando los motivos de reacciones estudiados, así como, la relación que mantienen con éstos, las variables seleccionadas:

1.- Los motivos de recaída, por los que recaen principalmente las mujeres objeto de nuestro estudio, tras el análisis han sido, en primer lugar, el relativo a la “presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, ira...” con un 52,9% de mujeres que lo señalan, seguido de “no querer afrontar mi realidad del día a día”, referenciado por un 33,9% de la muestra; seguido a estos motivos, en tercer lugar por porcentajes, el motivo indicado ha sido el “ingreso en prisión”, con un 28,1%.

2.- Tanto la edad, como el tener pareja o no tenerla, guarda relación estadística con el Motivo 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia (craving); por lo que atenderemos a estas características sociodemográficas de forma especial cuando, en programas de intervención, se considere el manejo del craving.

3.- Considerando la maternidad: tener hijos/as o no, encontramos que dicha variable se relaciona con dos de los Motivos de recaída evaluados, el número 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as y número 6: Salida de prisión y volver a entorno anterior; por lo que dicha característica, propia y exclusiva de nuestra muestra de estudio, modula la posibilidad de recaer por unos motivos u otros.

4.- En relación al nivel de estudios alcanzados, éste se relaciona con los Motivos de recaída 4: Ingreso en prisión; 7: Presencia de problemas sociales y 8: Presencia de problemas familiares, por lo que la oferta académica en el medio penitenciario ha de tenerse en consideración y en coordinación con otras intervenciones relacionadas con la adicción.

5.- Ser practicante de su religión se relaciona con el Motivo de recaída 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as; aspecto interesante, que guarda relación con la concepción moral de la maternidad y los sentimientos que provoca el incumplimiento del rol de madre establecido socialmente.

6.- A continuación pasaremos a detallar las características relacionadas con la situación jurídico-legal de la muestra, propias de la reclusión en el contexto penitenciario, y su influencia en algunos de los motivos de recaídas, resaltando las siguientes asociaciones:

- el tipo de delito cometido, por el que se cumple condena, se relaciona con los Motivos de recaídas, 6: "Salida de prisión y volver a entorno anterior" y 8: "Presencia de problemas familiares"; por lo que ciertas características de la delictividad, su origen y motivación al hecho delictivo, en nuestro colectivo, puede condicionar el motivo de volver a la conducta adictiva.

- si es o no la primera condena que conlleva el ingreso en prisión se asocia a los Motivos 1: "Deseo incontrolable de consumir la sustancia (craving)" y 6: "Salida de prisión y volver a entorno anterior". El conocimiento/desconocimiento del medio penitenciario, la adaptabilidad al mismo o la desesperanza a causa de los reingresos, son aspectos a considerar.

- el tiempo que se lleva en prisión desde el último ingreso está relacionado con los Motivos 1: "Deseo incontrolable de consumir la sustancia (craving)" y 4: "Ingreso en prisión".

- el tiempo máximo que queda hasta finalizar el cumplimiento de condena se relaciona con el Motivo de recaída 1: "Deseo incontrolable de consumir la sustancia (craving)".

- tal y como se ha indicado en las dos conclusiones anteriores, las cuales coinciden en la relación mantenida con el Motivo 1, la vivencia del tiempo en prisión, conlleva, tanto la posibilidad de desarrollar estrategias de afrontamiento, expectativas futuras o sentimientos de impotencia entre otros, que pueden modular el motivo de recaída en el consumo.

7.- Algunas de las características propias de la vida en prisión, influyen en la recaída del consumo de drogas, con un motivo u otro, encontrando las siguientes relaciones significativas:

- la participación en programas, en el centro penitenciario se asocia al Motivo 9: Presencia de problemas con la pareja.

- la valoración de las consecuencias de la vida en prisión guarda relación con el Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.

- la percepción de apoyo social/familiar desde el ingreso en prisión se relaciona con los Motivos 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia

(craving) y 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...

- dichas variables, las cuales presentan significación estadística con alguno de los motivos de recaída valorados, hacen que la vida en prisión se experimente de un modo u otro y en consecuencia conllevan un peso en la posibilidad de recaer la conducta adictiva.

- no se ha encontrado influencia en la recepción de cursos empleo durante el ingreso en prisión y motivos de recaídas.

8.- Variables relacionadas con la Adicción-Drogodependencia y Tratamientos previos/actuales influyen en los motivos por lo que se puede dar una recaída, señalando lo siguiente:

- el haber recibido tratamiento anterior al ingreso en prisión se relaciona con los Motivos de recaída 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia (craving) y 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...

- la modalidad de los tratamientos recibidos, guarda relación con los motivos de recaídas. Haber recibido tratamiento en Centro de Día y/o Comunidad Terapéutica se asocia al Motivo 4: Ingreso en prisión. El haber participado en Programa de Mantenimiento con Metadona se relaciona con el motivos 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia... y 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as. Recibir otras tratamientos anteriores al ingreso en prisión guarda relación con los Motivos 4: Ingreso en prisión y 6: Salida de prisión y volver a entorno anterior. La modalidad de tratamiento de desintoxicación y los tratamientos ambulatorios no se asocian con ninguno de los motivos de recaídas estudiados.

- la continuación del tratamiento tras el ingreso en prisión se asocia con el Motivo de recaída 8: Presencia de problemas familiares.

- el mantenimiento del tratamiento en la actualidad se relaciona con los Motivos de recaídas 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables:

tristeza, frustración, rabia... y 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.

- la modalidad de estos tratamientos, (excluimos de éstos los PIJ's, ya que son programas incluidos en la modalidad de reducción de riesgo/daño, siendo receptoras del mismo las mujeres consumidoras en activo) también condicionan el motivo de recaída. Participar en tratamientos de desintoxicación mantiene una relación el Motivo 4: Ingreso en prisión. Participar en tratamientos de deshabituación sin metadona se relaciona con el Motivo 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as. Participar en tratamientos de deshabituación con metadona se asocia a los Motivos 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia (craving) y 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.

- la autovaloración de dichos programas guarda relación con el Motivo de recaída 6: Salida de prisión y volver a entorno anterior.

- la autopercepción de estadio de cambio junto a la temporalidad de la abstinencia se asocian a los Motivos 7: Presencia de problemas sociales y 8: Presencia de problemas familiares.

9.- El estado de Salud mental en la mujeres reclusas, influye de forma clara y contundente en los motivos de recaídas, resaltamos a continuación:

- la presencia de sintomatología depresiva, se relaciona con el Motivo 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...

- la sintomatología ansiosa, se asocia con los Motivos 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia... y 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as.

- la sintomatología relacionada con el deterioro en funciones cognitivas se relaciona con los Motivos 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as, 8: Presencia de problemas familiares y 9: Presencia de problemas con la pareja.

- la presencia de sintomatología psicótica guarda relación con los motivos 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia (craving) y 9: Presencia de problemas con la pareja.

- el haber presentado conductas de ira/agresividad (dificultad en el control de los impulsos) se asocia a los Motivos de recaídas 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia (craving), 4: Ingreso en prisión, 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as y el Motivo 8: Presencia de problemas familiares.

- la presencia de trastorno de personalidad (antisocial, límite y/o histriónico), se relaciona con los Motivos 1: Deseo incontrolable de consumir la sustancia (craving), 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia..., 5: Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as, 7: Presencia de problemas sociales y 8: Presencia de problemas familiares.

- el trastorno de conducta alimentaria (tipo bulimia), está asociado a los Motivos de recaídas 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia. y 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia... No ocurre lo mismo con la sintomatología relacionada con trastorno alimentario de anorexia, sin guardar relación con ninguno de los motivos de recaídas estudiados.

- los intentos de suicidio y autolesiones también se relacionan con alguno de los motivos, si bien no se pueden establecer relaciones ya que no se alcanza la significación estadística suficiente. Los primeros se relacionan con los Motivos 3: Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia... y 8: Presencia de problemas familiares. Las autolesiones se asocian al Motivo 2: Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.

10.- En relación a los tratamientos recibidos para atención de la sintomatología psiquiátrica presente, si bien sí influyen en las recaídas, se necesitaría una mayor profundización en el estudio de los mismos.

11.- Considerando las otras variables estudiadas encontramos que el haber sido víctima de malos tratos o tener antecedentes familiares y/o pareja en relación al consumo de alcohol y/u otras drogas, no influyen en los motivos de recaída.

Concluyendo y en base a una posible aplicación práctica de los resultados, señalamos que la alta prevalencia de patología dual presente en la población reclusa femenina y la escasez de claridad en la eficacia de los tratamientos, son

dos temas claves en futuros estudios y a tener muy en cuenta, en el diseño de programas de prevención de recaídas.

A continuación enunciaremos otra serie de conclusiones, considerando, primordialmente para el enunciado de las mismas, el contexto penitenciario y la perspectiva de género.

1.- El hecho de haber obtenido resultandos contundentes en relación a la patología mental presente en el colectivo objeto de estudio (patología dual), su significación en las recaídas y la relación de los tratamientos recibidos, nos hace pensar que éstos no son los adecuados para el perfil y el contexto donde se realiza dicha intervención, mujeres adictas reclusas, por lo que éstos, deberían revisarse y adecuarse, ofreciendo una misma calidad a los ofrecidos a la comunidad, con la consiguiente coordinación entre administraciones y la visión interdisciplinar, así como un correcto diagnóstico.

2.- Se prevé que un tratamiento adecuado evitará la reincidencia de conductas delictivas favoreciendo la reinserción, siendo éste, fin último de la prisión. La prisión debería considerar un tratamiento global y de prevención de los factores de riesgo de consumo y de recaída propios del sistema penitenciario.

3.- La situación de reclusión en la institución penitenciaria, no contribuye de forma eficaz, a la rehabilitación adecuada de la enfermedad mental, incluido aquí el trastorno por abuso de sustancias y la facilitación de la prevención de recaídas. La prisión debe atender a las necesidades asistenciales de los internos/as, según su patología mental.

4.- Aún siendo necesario el medio penitenciario en ocasiones, no es éste el contexto más adecuado para el tratamiento de la rehabilitación del consumo de drogas. Por lo que alternativas al internamiento podrían reducir la reincidencia. La derivación a un recurso adecuado en medio abierto-extracarcelario y tras salida del circuito penitenciario-judicial para su seguimiento facilitaría la reinserción y la reducción tanto de las tasas de recaídas como de la reincidencia delictiva.

5.- Atendiendo a los resultados y revisión bibliográfica realizada, la institución penitenciaria ha distado a lo largo de su historia, de adaptar dicho entorno a las necesidades de las mujeres reclusas, concretamente a la realidad de salud física y psicológica.

6.- Se ha constatado tanto en resultados como en el marco teórico planteado la importancia de la farmacoterapia en este perfil, por su eficacia en tratamientos de desintoxicación, deshabituación, en la prevención de recaídas e incluso en la reincidencia delictiva.

7.- El apoyo social y el contacto con un entorno exterior a la prisión es crucial como factor de prevención en las recaídas; de ahí la importancia del apoyo familiar y la intervención en el mismo, favoreciendo de este modo la reinserción; al igual que encontramos la necesidad de intervenir en el rol de la maternidad, creando un vínculo positivo, evitando estigmas sociales.

8.- Aún habiéndolo señalado, tanto en el marco teórico, incluyendo las recomendaciones europeas, y por lo obtenido en los resultados empíricos encontrados, la perspectiva de género en materia de drogodependencias no es una visión generalizada en el medio penitenciario español, por lo que esperamos, que el presente trabajo pueda contribuir, por lo menos, a aumentar la sensibilidad de los profesionales del sector y hacer visible a un colectivo olvidado durante muchos años, el cual sigue sufriendo, la masculinización de recursos en materia de drogodependencias y como no, el contexto penitenciario, creado para hombres.

10.1. Limitaciones

En primer lugar y como máxima limitación del presente trabajo, señalamos la propia naturaleza/origen del estudio presentado, ya que surge *a posteriori* de una investigación general, así, tal y como se ha señalado, se ha adoptado para el análisis, tanto la muestra como los instrumentos previos, quedando poco explorados algunos aspectos relacionados, como una mayor especificidad sobre motivos de recaídas y el número de ellas, datos que no existe en nuestro estudio.

A su vez, existiendo muestra a la que se entrevistó, dentro de la metodología adoptada en la investigación general, en nuestro estudio, no se han considerado los datos cualitativos, respetando la metodología cuantitativa, aún pudiendo haber enriquecido el mismo y sus resultados.

Otra limitación ha sido la dificultad de delimitar y medir el concepto de recaída, aún más, sus tasas y motivos, complicando la cuestión si la población es

penitenciaria, agravada dicha situación por la limitación del instrumento, pudiendo ser útil en futuras investigaciones, la utilización de instrumentos validados y estandarizados para la medición de recaídas.

No vamos a obviar una limitación metodológica, como es el escaso tamaño de la muestra, $N=121$ y el alto número de casos perdidos en alguna de las variables analizadas, si bien, para aumentar la potencia de los análisis, y sin poder aumentar la muestra, ya que ésta es fija, se decidió subsanar la limitación subiendo el nivel de significación al 10%, siendo correcto desde el punto de vista teórico-estadístico, aun siendo la más común al 5%.

Una de las dificultades encontradas, ha sido la escasa literatura científica especializada en la temática estudiada, posiblemente por la especificidad del colectivo seleccionado para el estudio junto a la cuestión concreta del análisis de los motivos de recaída en el mismo.

Por último, una limitación a destacar es la imposibilidad de establecer causalidad, ya que la propia naturaleza del estudio, siendo éste transversal imposibilita la longitudinalidad del mismo, por las dificultades que conlleva el seguimiento de una población reclusa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aebi, M. y Delgrande, N. (2013). *SPACE I. Annual Penal Statics*. Council of Europe. Strasbourg: University of Lausanne.
- Aerts, A., Hauer, B. and Wanlin, B. (2006). Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 10(11), 1215–1223.
- Ahmadi. J., Kampman, K., Oslin. D., Pettinati, H., Dackis, C. y Sparkman, T. (2009). Predictors of treatment outcome in outpatient cocaine and alcohol dependence treatment. *American Journal Addictions*, 18, 81-6. <http://dx.doi.org/10.1080/10550490802545174>
- Álamo, C., López-Muñoz, F., Cuenca, E. (2000). Abordaje farmacológico de las recaídas en las adicciones. *Adicciones*, 12 (4), 527-539.
- Almeda, E. (2002). *Corregir y castigar. El ayer y el hoy de las cárceles de mujeres*. Barcelona: Balterra, p. 83.
- Almeda, E. (2003). *Mujeres encarceladas*. Barcelona: Ariel.
- Almeda, E. (2005). Pasado y presente de las cárceles femeninas en España. *Sociológica*, 6, 75-106.
- Almeda, E. (2010). Privación de libertad y mujeres extranjeras. Viejos prejuicios y nuevas desigualdades. En F.T. Añaños (Coord.), *Las mujeres en las prisiones. La educación social en contextos de riesgo y conflicto* (pp.201-234). Barcelona: Gedisa.
- Almeda, E; Di Nella, D. y Navarro, C. (2012). Mujeres, cárceles y drogas: datos y reflexiones. *Oñati Socio-Legal Series*, 2 (6), 122-145.
- Alterman, A., Mckay, J., Mulvaney, F., Cnaan, A., Cacciola, J., Tourian, K. Rutherford, M. y Merikle, E. (2000). Baseline prediction of 7-month cocaine abstinence for cocaine dependence patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 215-221. [http://dx.doi.org/10.1016/S0376-8716\(99\)00124-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0376-8716(99)00124-6)
- Altman, J., Everitt, B.J., Glautier, S. y cols. (1996). The biological, social and clinical bases of drug addiction: comentary and debate. *Psychopharmacology*, 125, 285-245

- Álvaro, E. y Vegue, M. (2000). Situación actual de los tratamientos con metadona en prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2, 77-82.
- Andrews, D. y Bonta, J. (2006). *The Psychology of Criminal Conduct* (4ª ed.). Cincinnati (EEUU): Anderson Publishing Co.
- Annis, H.K. (1986). A relapse prevention model for treatment of alcoholics. En D. Curson, H. Rankin y E. Shepherd (eds). *Relapse in alcoholism*. Northampton, Alcohol Counselling and Information Service.
- Antony, C. (2007). Mujeres invisibles: las cárceles femeninas en América Latina. *Nueva Sociedad*, 208, 73-84.
- Añaños Bedriñana, F.T. (2010). Mujeres presas y su relación con las drogas. Implicaciones desde la Educación Social. En F. T. Añaños (Coord.). *Las mujeres en las prisiones. La educación Social en contextos de riesgo y conflicto*, (pp.77-100). Barcelona: Gedisa.
- Añaños Bedriñana, F.T. (2012). Violencias y exclusiones. Enfoque socioeducativo y de la paz. Convergencia. *Revista de Ciencias Sociales*, 59 (mayo-agosto), 13-41.
- Añaños-Bedriñana, F.T. (2013). Formación educativa previa ante las discriminaciones: las mujeres reclusas en España. *Revista de Educación*, 360, Enero-abril 2013, 91-118.
- Añaños-Bedriñana, F.T., Fernández-Sánchez, M.T. y Llopis LLácer, J.J. (2013). Aproximación a los contextos en prisión. Una perspectiva socioeducativa. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 22, 13-28.
- Añaños-Bedriñana, F.T. y Fernández Sánchez M.P. (en prensa). Introducción, aspectos metodológicos y de contextualización del proyecto Mujeres en Prisiones españolas. En Añaños-Bedriñana. (Dir.). *En prisión. Mujeres, realidades e intervención socioeducativa y drogodependencias*. Madrid: Narcea, S.A. Ediciones.
- Añaños-Bedriñana, F. T. y Yagüe Olmos, C. (2013). Educación Social en prisiones. Planteamiento iniciales y políticas encaminadas hacia la reinserción social desde la perspectiva de género. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 22, pp. 7-

- APA. American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arenal, C. (2013). *El visitador del preso*. Obras Completas de Concepción Arenal, tomo decimotercero, original 1896. Londres: Forgotten Books
- Armor, D., Polich, J. y Stambul, H. (1978). *Alcoholism and treatment*. Nueva York: Wiley.
- Arroyo, A., Marrón, T., Coronas, D., Leal, M.J., Solé, C. y Laliaga, A. (2000). Programa de mantenimiento con metadona (PMM) en prisión: Cambios sociales y sanitarios. *Adicciones*, 12 (2), 187-194.
- Arroyo, J.M. (2002). “Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión”, recogido el 14 de enero de 2013, en www.seetp.com, *IV Congreso Nac. de trastornos de la personalidad*. Bilbao.
- Arroyo-Cobo, JM. (2011). Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 13, 100-111.
- Aubin, H.J., Lebargy, F., Berlin, I., Bidaut-Mazel, C., Chemali-Hudry, J. y Lagrue, G. (2004). Efficacy of bupropion and predictors of successful outcome in a sample of French smokers: a randomized placebo-controlled trial. *Addiction*, 99 (9), 1.206-1.218.
- Baker, T., Morse, E. y Sherman, J. (Ed.). (1987). *The motivation to use drugs: a psychobiological analysis of urges*. The Nebraska Symposium on Motivation: alcohol use and abuse. Lincoln. NE: University of Nebraska Press, 257-323.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Barrios, L.F. (2003). Origen y modelos de Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ)

- en prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 5, 21-9.
- Bascón, M.J. y Vargas, V. (2015). Salud psicosocial y autorregulación discursiva en reclusos. *Boletín de Psicología*, 112, 67-81.
- Bascón, M.J. y Vargas, V. (2015). Salud y autorregulación en reclusos. Un estudio comparativo con sujetos sin antecedentes penales. *Boletín Criminológico. Instituto andaluz interuniversitario de Criminología*, 154, 1-6.
- Baumeister, R.F. y Vohs, K.D. (2004). *Handbook of Self-Regulation: Research, Theory and Applications*. New York: Guildford.
- Beauchamp, T. L. y Childress, J. F. (1998): *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson.
- Beck, A.T. (1991). Cognitive therapy: a 30 year retrospective. *American psychologist*, 46, 368-375.
- Beck, A.T., Wright, F.D, Newman, C.F. y Liese, B.S. (1999). *Teoría Cognitiva de las Drogodependencias*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Beck, J.S. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Becoña, E. (2001). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas
- Becoña, E. (2003). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas
- Becoña, E. y Cortés, M. (Eds.) (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Bedmar, Matías y Añaños, Fanny (2006). *Introducción a la Pedagogía/Educación Social*. Granada: Natívola.
- Bennett, T., y Holloway, K. (2009). The causal connection between drug misuse and crime. *British Journal of Criminology*, 49, 513-531.

- Bericat, Eduardo (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. Significado y medida*. Barcelona: Ariel.
- Blanco, P., Sirvent, C., Moral, M.V., Linares, M.P. y Rivas, C. (2010). Psicopatología y género en adicciones. *11º Congreso virtual de psiquiatría*. Interpsiquis 2010.
- Blasco, J., Martínez-Raga, J., Carrasco, E. y Didia-Atlas, J. (2008). Adicción y Craving o Ganas Compulsivas. *Adicciones*, 4 (20), 365-376
- Bloom, B & Covington, S. (2000). *Gendered justice: programming for women in correctional settings*. Paper presented at the 52 Annual Meeting of the American Society of Criminology, San Francisco, California. November.
- Bravo, M. de L. y Arrieta, J. J. (2005). El método Delphi. Su implementación en una estrategia didáctica para la enseñanza de las demostraciones geométricas. *Revista Iberoamericana de Educación*, 35(3).
- Brems, C., Johnson, M.E., Bowers, L., Lauver, B. y Mongeau, V.A. (2002). Comorbidity training needs at a state psychiatric hospital. *Administration and Policy in Mental Health*, 30: 109–120.
- Brown, C., Bennett, M., Li, L. y Bellack, A. (2011). Predictors of initiation and engagement in substance abuse treatment among individuals with co-occurring serious mental illness and substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 36, 439-47. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.12.001>
- Brown, E.S, Nejtek, V.A., Perantie, D.C., Rajan Thomas, N. y Rush, A.J. (2003). Cocaine and amphetamine use in patients with psychiatric illness a randomized trial of typical antipsychotic continuation or discontinuation. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 23 (4), 384-388.
- Brown, P.J., Stout, R.L., y Mueller, T. (1996). Post-traumatic stress disorder and substance abuse relapse among women. *Psychology of Addictive Behavior*, 10, 124-128.
- Brugal, M.T. (2012). Papel de la Sanidad Penitenciaria en la prevención y tratamiento del consumo de drogas ilegales (edit.). *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14, 1-2.

- Buchanan, B. y Latkin, C. (2008). Drug use in the social networks of heroin and cocaine users before and after drug cessation. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 286–289. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.03.008>
- Bustamante, R., Paredes, J.J., Aviñço, D., González, J., Pitrach, C., Martínez, L. y Arroyo, J.M. (2013). Diseño participativo de una Guía para la promoción de la Salud Mental en el medio penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 15(2), 44-53.
- Calvete, E. y Estevez, E. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: el papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21, 49-56.
- Calvo, A. (2007). El registro de ensayos clínicos o ¿cómo eviotar el sesgo de publicación?. *Revista Médica Herediana*, 18(2), 57-58.
- Calvo, H. (2007). Redes de apoyo para la integración social: la familia. *Salud y drogas*, 7(1), 45-46.
- Cano, G.J., Araque, F. y Cándido, A. (2011). Adicción, impulsividad y curvas temporales de deseo. *Adicciones*, 23 (2), 141-148.
- Caravaca, F.; Sánchez, F. y Luna, A. (2013). Las situación de las mujeres en las prisiones de Murcia. *Boletín Criminológico*, 146, 1-5.
- Caravaca, F.; Sánchez, C.; Osuna, E; Falcón, M. y Luna, A. (2015). Implicaciones del consumo de sustancias psicoactivas sobre la salud de hombres privados de libertad. *Gaceta Sanitaria*, 29(4), 292-295.
- Carcedo, R.; López, F. y Orgaz, M.B. (2006). Estudio de las necesidades socio-emocionales y sexuales de los presos. *Boletín criminológico*, 92, 1-4.
- Carroll, K.M.; Fenton, L.R.; Ball, S.A.; Nich, C.; Frankforter, T.L.; Shi, J. Y Rounsaville, B.J. (2004). Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine dependent outpatients: a randomized placebo-controlled trial. *Archives General Psychiatry*, 61 (3), 264-272.
- Casares-López, M.J., González-Menéndez, A.M., Fernández-García, M.P. y Villagrà, P. (2012). Evaluación de la eficacia de un tratamiento libre de drogas

- intrapenitenciario. *Psicothema*, 24 (2), 217-223.
- Casares-López, M.J., González-Menéndez, A.M., Torres-Lobo, M., Secades-Villa, R., Fernández-Hermida, J.R. y Álvarez, M. (2010). Comparación del perfil psicopatológico y adictivo de dos muestras de adictos en tratamiento: en prisión y en comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(2), 225-243.
- Cecil, D.K. (2007). Looking Beyond Caged Heat. Media Images of Women in Prison. *Feminist Criminology*, 2, 304-326.
- Centro Internacional para Estudios Penitenciarios (2005).Cómo resolver el hacinamiento en las prisiones (NotaOrientativa). Recuperado de <http://www.prisonstudies.org/info/downloads.php?searchtitle=&type=0&month=0&year=0&lang=3&author=&search=Search>
- Cercós, R. (2009). Las influencias krausistas en el pensamiento de Concepción Arenal y Victoria Kent: la lucha por las reformas de las prisiones femeninas. En *El largo camino hacia una educación inclusiva: la educación especial y social del siglo XIX a nuestros días: XV Coloquio de Historia de la Educación*, Pamplina-Iruñea, 29 y 30 de Junio y 1 de julio de 2009. Vol. 2, 57-68.
- Cervelló, V. (2006). Las prisiones de mujeres desde una perspectiva de género. *Revista de estudios penitenciarios*. 1, 129-150.
- Chan, K., Yang, Y., Zhang, K. y Redpath, D. (2007). Disentangling the stigma of HIV/AIDS from the stigmas of drug use, commercial sex and commercial blood donation—a factorial study of medical students in China. *BMC Public Health*, 7, 280. Doi: 10.1186/1471-2458-7-280.
- Chesa, D., Elías, M., Fernández, E., Izquierdo, E. y Sitjos, M. (2004). El craving: un componente esencial en la adicción. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24 (89), 93-112.
- Chesney-Lind, M. & Rodriguez, N. (2004). Women under Lock and Key. A view from the inside. En M., Chesney-Lind & L., Pasko, L. (eds.). *Girls, Women and crime: selected readings* (pp. 187-198). Thousand Oaks: Sage

- Chick, J. Leher, P y Landon, F. (2002). Does acamprosate improve reduction of drinking as well as aiding abstinence?. *Journal of Psychopharmacology*, 17, 4-12.
- CIJ, Centros de Integración Juvenil. (2010). *Prevención de recaídas. Manual de Aplicación*. México: Centros de Integración Juvenil, Dirección de Tratamiento y Rehabilitación.
- Clemente, M. (1997a). La organización social informal en la prisión. En M. Clemente y J. Núñez (coords.) *Psicología Jurídica Penitenciaria II*, (pp. 321-356). Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Clemente, M. (1997b). Los efectos psicológicos y psicosociales del encarcelamiento. En M. Clemente y J. Núñez (coords.), *Psicología Jurídica Penitenciaria II*, (pp. 383-407). Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Cohen, S. y Taylor, L. (1972). *Psychological Survival*. Harmondsworth: Penguin.
- Connors, G. y Maisto, A. (2006). Relapse in addictive behaviors. *Clinical Psychology Review*, 26, 107–108. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2005.11.001>
- Correctional Service Canada (1990). *Women Offender Programs and Issues. Creating Choices: the report of the task force on federally sentenced women*. Recuperado de <http://www.csc-scc.gc.ca/women/toce-eng.shtml>
- Cortés, M.T. y Cantón, E. (1999). Reflexiones desde un punto de vista psicológico, en torno al problema del incumplimiento de propósitos, (recaídas) en el tratamiento. *Información Psicológica*, 70, 9-16.
- Cortés, M.T., Giménez-Costa, J.A. y Vicens, S. (2006). Fundamentos básicos del incumplimiento de propósitos en la intervención psicológica en drogodependencias. En M. T. Cortés y F. Pascual (eds.). *Incumplimiento de propósitos en drogodependencias*, (pp.13-69). Barcelona: Zambon.
- Croissant, B., Scherle, T., Heinz, A. y Mann, K. (2002). Efficacy of oxcarbazepin in alcohol relapse prevention, a pilot study. *European Psychiatry*, 17 (1), 213.
- Cruces, E.: “Orden público y violencia en la ciudad de Málaga a fines del siglo XV y principios del XVI (1495-1516)”. *Meridies*. 2, 121-143.

- Cruells, M. e Igareda, N. (2005a). *MIP: Mujeres, integración y Prisión*. Barcelona: Aurea Editores.
- Cruells, M. e Igareda, N. (2005b). *MIP: Mujeres, integración y Prisión*. Informe Nacional de recomendaciones y propuestas políticas. Recuperado de <http://158.109.129.18/centreatigona/docs/articulos/dones,%20integració%20i%20presó.%20informe%20nacional%20de%20recomanacions%20i%20propostes%20pol%C3%ADtiques.%20SURT.pdf>
- De Andrés, M. y Delás, J. (2005). Reducción de daños asociados al consumo de drogas no legales en el sur de Europa. *Medicina Clínica*, 125 (18), 700-702.
- De Cou, K. (2002). Women's Imprisonment: models of reform and change. *Probation Journal*, 49, 76-87.
- De la Cuesta, J.L. (2005). Retos principales del sistema penitenciario hoy. Jornadas en Homenaje al XXV Aniversario de la Ley Orgánica General Penitenciaria, Madrid, 2005, pp.119-137
- De Miguel, E. (2015). Mujeres usuarias de drogas en prisión. *Praxis Sociológica*, 19, 141-159.
- Defensor del Pueblo Andaluz (2006). *Informe especial al Parlamento: Mujeres privadas de libertad en centros penitenciarios de Andalucía*. Sevilla: Defensor del Pueblo Andaluz.
- Deitch, D., Koutsenok, I., & Ruiz, A. (2000). The relationship between crime and drugs: what we have learned in recent decades. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 391-397.
- Delgado, D. y Pérez, A. (2004). La codependencia en familiares de consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 16(49), 632-638.
- Delgado, S. y Torrecilla, J.M. (1999). *Medicina Legal en Drogodependencias*. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- Del Olmo, R. (1998). Reclusión de mujeres por delitos de drogas. Reflexiones iniciales. *Revista Española de drogodependencias*. 23, 1, 5-24.

- Del Pozo, F.J. (2010). La evolución histórica y proyección de los contextos penitenciarios materno-filiares como espacios socioeducativos. En F.J. Del Pozo, F.T. Añaños, I. Mavrou y D. Sevilla (Coords.), *Educación, Salud y Drogodependencias: Enfoques, programas y experiencias en ámbitos de exclusión*. (pp. 245-260). Madrid: Drugfarma.
- Del Pozo, F.J. y Añaños-Bedriñana, F.T. (2013). La Educación Social Penitenciaria: ¿De dónde venimos y hacia dónde vamos?. *Revista Complutense de Educación*, 24,1, 47-68.
- Del Pozo, F.J; Jiménez, F. y Turbi, A.M. (2013). El tratamiento con mujeres: actuación socioeducativa y sociolaboral en prisiones. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*. 22, 57-72
- Del Pozo, F.J. y Mavrou, I. (2010). Experiencias y Programas Socioeducativos en el Medio Penitenciario cerrado y abierto con Mujeres e Infancia. En F. T. Añaños (coord.), *Las mujeres en las prisiones. Educación social en contextos de riesgo y de conflicto*. (pp. 235-260). Barcelona: Gedisa.
- Del Rey, E. (2004). Intervención ambiental con drogodependientes encarcelados: principios, datos y líneas de actuación. *Revista de estudios Penitenciarios*, 250, 73-96.
- DGIP. (2005). Unidad Terapéutica y Educativa del Centro Penitenciario de Villabona. Un modelo de intervención penitenciaria. *Documentos penitenciarios*, 1. Madrid: Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.
- DGIP. (2006). Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria. Establecimiento Penitenciario de Valencia. *Documentos penitenciarios*, 6. Madrid: Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.
- DGPNSD. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. (2006a). *Actuar es posible. Intervención sobre Drogas en Centros Penitenciarios*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas.
- DGPNSD. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. (2006b). *Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones*

- penitenciarias, 2006*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Ministerio del interior.
- DGPNSD. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. (2009). *Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas.
- DGPNSD. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. (2011). *Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias, 2011*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas.
- DGPNSD. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. (2013). *Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016: Plan de Acción sobre drogas, España 2013-2016*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas.
- DGPNSD. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. (2015). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España, EDADES 2013*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas.
- Dickinson, T. (2015). Exploring the Drugs/Violence Nexus Among Active Offenders: Contributions from the St. Louis School. *Criminal Justice Review*, 40(1) 67-86
- Dobkin, P., Civita, M., Paraherakis, A. y Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*, 97, 347–356. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00083.x>
- Dolan, S., Martin, R. y Rohsenow, D. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviors*, 33, 675-688. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.12.001>
- Dolan, K. Rutter, S. Wodak, A.D. (2003). Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction*, 98, 153-158.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S., Leyro, T., Powers, M. y Otto, M. (2008). A

- meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal Psychiatry*, 165, 179-187.
- Echeverri, J.A. (2010). La prisionalización, sus efectos psicológicos y su evaluación. *Pensando Psicología*, 6(11), 157-166.
- Echeburúa, E., de Corral, P. y Amor, P.J. (2004). Prevención de recaídas en las ludopatías. *Salud y drogas*, 4 (2), 97- 116
- Edwards, G. y Gross, M. (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, 1, 1058-1061.
- Einbinder, S. (2010). A qualitative study of exodus graduates: Family-focused residential substance abuse treatments as an option for mothers to retain or regain custody and sobriety in Los Angeles, California. *Child Welfare*, 89(4), 29-45.
- Ehlers, A., Maercker, A., y Boos, A. (2000). Posttraumatic stress disorder following political imprisonment: The role of mental defeat, alienation, and perceived permanent change. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 45-55.
- Elzo J., Lidón, J.M. y Urquijo, M.L. (1992). *Análisis jurídico y sociológico de sentencias emitidas en las Audiencias Provinciales y en los Juzgados de la C.A.V. Delincuencia y Drogas*. Vitoria-Gasteiz: Secretaria de la presidencia del Gobierno Vasco.
- EMCDDA, (2012). *Selected issue 2012: Prisons and drugs in Europe, the problems and Responses*. Publications Office of the European Union, Luxembourg. Recuperado de <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/prison>
- EMCDDA, (2014). *Drug use in prison: assessment report. Reviewing tools for monitoring illicit drug use in prison populations in Europe*. Publications Office of the European Union, Luxembourg. Recuperado de <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-use-in-prison-assessment-report>
- European Union, (2013). *European Union Drugs Strategy*. Luxemburg: General Secretariat of the Council, EU.
- Evans, R. (1982). *The fabrication of virtue: English prison architecture 1750-1840*. Cambridge UK: Cambridge University Press.

- Fazel, S. y Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *Forensic Science International* 377, 956–65.
- Fazel, S., Bains, P. and Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction* 101, 181–91.
- Fazel, S. y Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*. 359, 545–50.
- Fernández-Escorial, M. (2006). Aproximación a la historia de las prisiones. El caso de Málaga. En Cruces, E. y Aquesolo, J. (Coord.). *Los años convulsos. 1931-1945. Documentación del Archivo Histórico Provincial de Málaga*. (pp. 67-77). Cádiz: Junta de Andalucía. Consejería de Cultura.
- Fernández-Hermida, J.R. y Secades, R. (2001). *Evaluación de la eficacia del programa Proyecto Hombre*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Fernández-Montalvo, J., Jos, J., López-Goñi, J., Illescas, C., Landa, N. y Lorea, I. (2007). Relapse precipitants in addictions: results in a therapeutic community. *Journal of Addictive Diseases*, 26, 55-61.
- Fernández-Montalvo, J. y López-Goñi, J. (2010). Comparison of completers and dropouts in psychological treatment for cocaine addiction. *Addiction Research & Theory*, 18, 433-441. <http://dx.doi.org/10.3109/16066350903324826>
- Fernández-Rodríguez, M.A. (2012). El mainstreaming de género en las políticas sobre drogas. *Oñati Socio-Legal Series*. 2 (6), 63-76.
- Ferrer-Castro, V, Crespo-Leiro, M.R, García-Marcos, L.S., Pérez-Rivas, M., Alonso-Conde, A., García-Fernández, I., Lorenzo-Guisado, A., Sánchez-Fernández, J.L., Seara-Selas, M. y Sanjosé-Vallejo, R. (2012). Evaluation of a Needle Exchange Program at Pereiro de Aguiar prison (Ourense, Spain): a ten year experience. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14, 3-10.
- Festinger, L. (1964). *Conflict, Decission and Dissonance*. Stanford: Stanford University Press.
- Fischer, B., Rehm, J., Kirst, M., Casas, M., Hall, W., Krausz, M.,... Van Ree J. M.

- (2002). Heroin-assisted treatment as a response to the public health problem of opiate dependence. *European Journal of Public Health*, 12, 228-234. doi:10.1093/eurpub/12.3.228
- Foucault, M. (1977). *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. London: Allen Lane, Penguin.
- Fundación Atenea, (2011). *Una mirada de género sobre el consumo de alcohol y otras drogas en las mujeres inmigrantes*. Departamento de gestión del conocimiento, investigación y calidad de Fundación Atenea. Recuperado de http://fundacionatenea.org/http://fundacionatenea.org/wp-content/uploads/2013/09/ConsumoMujerInmigrante_FundAteneabaja-2.pdf
- Gallizo, M. (2010). Presentación. En SGIP, *El sistema penitenciario español*. Madrid: Ministerio de Interior/SGIP.
- Gallop, J., Crits-Christoph, P., Ten Have, T., Barber, J. y Frank, A. (2007). Differential transitions between cocaine use and abstinence for men and women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 75, 95-103. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.75.1.95>
- Galván, J., Romero, M., Rodríguez, E.M., Durand, A., Colmenares, E. y Saldívar, G. (2006). La importancia del apoyo social para el bienestar físico y mental de las mujeres reclusas. *Salud Mental*, 29, 68–74.
- García, J.A. y Dias, P. (2007). Análisis relacional entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas. *Salud y Drogas*, 7(2), 309-332.
- García de Cortázar, M.L. (Dir.) (2012). *Estudio sobre discriminación en el ámbito penitenciario: extranjeras en las prisiones españolas*. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- García de Cortázar, M. L. y Gutiérrez Brito, J. (2012). Relaciones en prisión. En C. del Val y A. Viedma (eds.), *Condenadas a la desigualdad. Sistema de indicadores de discriminación penitenciaria*, (pp. 143-172). Barcelona: Icaria.
- García-Lalinde, G. et col. (2004). *Guía de Evaluación para Programas de Mediadores/as en Centros Penitenciarios*. Ministerio del Interior y Ministerio de Sanidad.

Madrid: Grupo GID.

García-Lalinde, G., Gutiérrez, E. y Morante, L. (2004). *Bola de Nieve: guía para la formación de usuarios/as de drogas como agentes de salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Grupo GID.

García-Martínez, A. y Sánchez-Lázaro, A. (2003). La intervención socioeducativa en drogodependencias: del modelo jurídico represivo al modelo promocional de la salud. *Educatio*, 20-21, 143-158

García-Villanueva, M. (2002). Programa de Intercambio de Jeringuillas en el Centro Penitenciario de Pamplona. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 4, 18-23.

García-Vita, M. M. y Melendro Estefanía, M. (2013). El ambiente en prisión: La atención recibida por las reclusas y las relaciones intramuros. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 22, pp-pp. 43-56.

Garmendia, M., Alvarado, M., Montenegro, M. y Pino, P. (2008). Social support as a protective factor of recurrence after drug addiction treatment. *Revista Médica de Chile*, 136, 169-178.

Garrido, V., Stangeland, P. y Redondo, S. (2001). *Principios de Criminología*. Valencia: Tirant Lo Blanch.

Gehring, M. (2014). Comunidade terapêutica: análise sócio demográfica, perspectivas, percepções e motivos para a recaída de residentes do esquadrão da vida de Bauru-SP. *Revista do laboratório de Estudos da Violência da UNESP/Marília*. 14, 71-97.

Generalitat de Catalunya, Departament de Justícia (2013). Centres Penitenciaris. Recuperado de <http://www20.gencat.cat/portal/site/Justicia/menuitem.51bb51de98b3c1b6bd6b6410b0c0e1a0/?vgnextoid=0d56f31f87203110VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=0d56f31f87203110VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Generalitat de Catalunya, Departament de Justícia (2015). Descriptors estadístics serveis penitenciaris. Recuperado de

http://gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/1_pob.html

- Gerra G, Leonardi C, D'Amore A, Strepparola G, Fagetti R, Assi C, et al. (2006). Buprenorphine treatment outcome in dually diagnosed heroin dependent patients: a retrospective study. *Progress Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30, 265-72.
- Gilbert, L., El-Bassel, N., Chang, M., Shaw, S. A., Wu, E. y Roy, L. (2013). Risk and protective factors for drug use and partner violence among women in emergency care. *Journal of Community Psychology*, 41(5), 565–581.
- Godley, D., Coleman-Cowger, H., Titus, C., Funk, R. y Orndorff, M. (2010). A randomized controlled trial of telephone continuing care. *Journal Substance Abuse Treatment*, 38, 74-82. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2009.07.006>
- Goeb, J.L., Coste, J., Bigot, T. y Ferrand, I. (2000). Prospective study of favorable factors in follow-up of drug addicted patients-a propos of 257 patients of the Cassini Center in Paris. *Encephale*, 26, 11-20.
- Goldstein, P. J. (1985). The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, 14, 493-506.
- Gómez, R.Á. (2008). *Abuso y consumo de drogas. Creencias y vulnerabilidad*. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Gómez-Retrepo, C. (2008). Acerca del sesgo de publicación en literatura sobre antidepresivos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 8-10
- González, I. (2009). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *Revista de Toxicomanías*, 57, 12-17.
- Grace, A (2000). The tonic/phasic model of dopamine system regulation and its implications for understanding alcohol and psychostimulant craving. *Addiction*, 95 (2), 119-28.
- Graña, J.L. (1994). *Conductas Adictivas. Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Madrid: Ed. Debate.

- Grau-López, L., Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Bachiller, D., Rodríguez-Cintas, L., Egido, A. y Casas, M. (2012). Factores de riesgo de recaídas en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*, 24(2), 115-122.
- Grella, C., Scott, C., Foss, M. y Dennis, M. (2008). Gender similarities and differences in the treatment, relapse and recovery cycle. *Evaluation Review*, 32, 113-137. <http://dx.doi.org/10.1177/0193841X07307318>
- GSMP, Grupo de trabajo sobre Salud Mental en prisión. SampAEN y SESP (2012). *Guía. Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas*. Bilbao: OMEditorial.
- Gunter, T.D. (2004). Incarcerated women and depression: a primer for the primary care provider. *Journal of the American Medical Women's Association*, 50, 107-112.
- Gunn, J. (2000). Future directions for treatment in forensic psychiatry. *British Journal Psychiatry*. 176: 332-8.
- Haro, J. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Revista Médica Clínica*, 126(12), 445-451.
- Harrison, L. (2000). La Conexión Drogas-Violencia entre los adolescentes. En: J.L., Recio y O. Rodríguez, (Eds.). *Conducta Antisocial, Violencia y Drogas en la Escuela* (pp. 43-61). Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.L. (1992). Risk and protective factors of alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Heinz, A. J., Wu, J., Witkiewitz, K., Epstein, D. y Preston, K. (2009). Marriage and relationship closeness as predictors of cocaine and heroin use. *Addictive Behaviors*, 34, 258-263. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.10.020>
- Hernández, M. y Herrera, R. (2003). *La atención a la salud mental de la población reclusa*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Herrera, M.C. y Expósito, F. (2010). Una vida entre Rejas: Aspectos Psicosociales de la encarcelación y diferencias de género. *Intervención Psicosocial*, 19 (3), 235-241.

- Hoaken, P., & Stewart, S. (2003). Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive Behaviors*, 28 (9), 1533-1554.
- Home Office, (2007) The Corston report. A review of women with particular vulnerabilities in the criminal justice system. Recuperado de <http://www.justice.gov.uk/publications/docs/corston-report-march-2007.pdf>
- Horvath, A. (1988). Cognitive therapy and the addictions. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4, 6-7.
- Hser, Y., Evans, E., Huang, D. y Anglin, D. (2004). Relationship between drug treatments services, retention, and outcomes. *Psychiatric Services*, 55, 767-774. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.55.7.767>
- Hser, Y.I., Evans, E., Huang, D. y Messina, N. (2011). Long-term outcomes among drug-dependent mothers treated in women-only versus mixed- gender programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41, 115-123. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2011.02.004>
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358. doi: 10.1016/J.blopsych.2006.03.040
- Hunt, W.A., Barnett, L.W. y Branch, L.G. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical psychology*, 27, 455-456.
- Hyman, S., Paliwal, P. y Sinha, S. (2007). Childhood maltreatment, perceived stress, and stress-related coping in recently abstinent cocaine dependent adults. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 233-238. <http://dx.doi.org/10.1037/0893164X.21.2.233>
- ICPS, (2015). *World Prison Population List (tenth edition)*. Recuperado de http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wppl_10.pdf
- Igareda, N. (2007). Mujeres en prisión. En A. I. Cerezo y E. García (coords.), *La prisión en España: una perspectiva criminológica*, (pp. 75-100).Granada: Comares.
- Imaz, E. (2010). *Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación*. Madrid: Cátedra (Feminismos).

- Imaz, E. (2015). Elaborando la propia memoria: la maternidad como hito en la narración de la trayectoria biográfica. *Alteridades*, 25(49), 53-65
- Inciardi, J., McBride, D., McCoy, C.B. y Chitwood, D. (1997). Recent Research on the Crack/Cocaine/Crime Connection. En M. McShane, y F. Williams, *Drug Use and Drug Policy* (pp. 133-152). Nueva York: Garland Publishing.
- Inciardi, J.A., McBride, D., McCoy, C.B., Surrat, H.L. y Saum, C.A. (1995). Violence, street crime and the drug legalization debate: A perspective and commentary on the U.S experience. *Studies on Crime and Crime Prevention*, 4 (1), 105-118.
- Instituto de la Mujer (1997). *III Plan Para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres 1997-2000*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
- Instituto de la Mujer, (2007). *Intervención en Drogodependencias con Enfoque de Género. Salud 10*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
- Iraurgi, I. y Corcuera, N. (2008). Craving: concepto, medición y terapéutica. *Norte de Salud Mental*, 32, 9-22.
- Jacobs, B.A. (2004). A typology of street criminal retaliation. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 41, 295-323.
- James, D. y Glaze, L. (2006). Mental health problems of prisons and jail inmates. *Bureau of Justice Statistics*. Washington, DC.
- Janis, I.L. & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological Analysis of conflict, choice and commitment*. New York: The Free Press. Macmillan Publishing Co.
- Jellinek, E.M. (1960). *The Disease concept of Alcoholism*. New Haven: Hillhouse Press.
- Jellinek, E., Isbell, H., Lundquist, G., Tiebout, H., Duchene, H., Maredones, J., et col. (1995). The craving for alcohol. *Quarterly journal of studies on alcohol*, 16, 34-66.
- Jiménez-Bautista, F. y Jiménez-Aguilar, F. (2013). Foucault, cárcel y mujer: el conflicto de la reincidencia. *Revista Humanidades*, 20, 1-20.

- Jiménez, M., Graña, J.L. y Rubio, G. (2002). Modelos teóricos de conceptualización del craving. *Trastornos Adictivos*, 4, 209-215.
- Jiménez, T., Musitu, G. y Murgui, S. (2008). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias: un modelo de mediación. *Internacional Journal of clinical and health psychology*, 8, 139-151.
- Jones, E.E., Kanouse, D.E., Kelley, H.H., Nisbett, R.E., Valins, S., y Wiener, L. (Eds.) (1972). *Attribution: Perceiving the Causes of Behaviors*. Morristown: N.J. General Learning Press.
- Jonhson, B.A. (2004). Uses of topiramate in treatment of alcohol dependence. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 4 (5), 751-758.
- Jonhson, B.A., Javors, M.A., DiClemente, C.C., Bowden, C.L., Rosentahl, N, Roache, J.D., Akhtar, F.Z., Ma, J.Z. y Ait-Daud, N. (2004). *Topiramate for the treatment of alcohol dependence: effects on Psychosocial Functioning and its Relationship with Heavy Drinking*. AMA-157th anual meeting. Nueva York: AMA.
- Johnson, J., Friedmann, P., Harrington, M. y Taxman, F. (2011). Gender and treatment response in substance use treatment mandated parolees. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40, 313-321. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.05.013>
- Katzman, M.A., Greenberg, A. y Marcus, Y. (1991). Bulimia in opiate addicted women: developmental cousin and relapse factor. *Journal of substance abuse treatment*, 8, 107-112.
- Kent, V. (1978). Las reformas del sistema penitenciario durante la II República. *Historia 16*, VII, 102-112
- Khantzian, E.J. (1985). The self medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1261.
- Kirchner, T. (2003). Estrategias de afrontamiento y nivel de psicopatología en jóvenes presidiarios. Relación con el tiempo de reclusión y situación penitenciaria. *Acción Psicológica*, 2 (3), 199-21.
- Koob, G y Le Moal, M. (1997). Drug Abuse: Hedonic Homeostatic Dysregulation. *Science*, 278, 52-58.

- Kreek, M.J., LaForge, K.S. y Butelman, E. (2002). Pharmacotherapy of addictions. *Nature Reviews Drug Discovery*, 1, 710-726.
- Larroulet, P. (2012). *La relación droga / delito. Construcción de un modelo de atribución*. Tesis para optar al grado de magíster en sociología. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Instituto De Sociología
- Laudet, A. y Stanick, V. (2010). Predictors of motivation for abstinence at the end of outpatient substance abuse treatment. *Journal Substance Abuse Treatment*, 38, 317-27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2010.01.007>
- Larimer, M.E., Palmer, R.S. y Marlatt, A. Relapse Prevention. An overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. *Alcohol Research and Health*, 23, 151-60.
- Lee, J.D., Grossman, E., Truncali, A., Rotrosen, J., Rosenblum, A., Magura, S., et col. (2012). Buprenorphine/naloxone maintenance following release from jail. *Substance Abuse*, 33, 40-7.
- Leganés, S. (2005). *La evolución de la clasificación penitenciaria*. Madrid: Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior. (p. 67).
- Leganés, S. y Ortolá E. (1999). *Criminología. Parte especial*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Levitt, S. D. (2004). Understanding Why Crime Fell in the 1990s: Four Factors that Explain the Decline and Six that Do Not. *Journal of Economics Perspectives*, 18 (1), 163-190.
- Lewis, C. (2006). Treating incarcerated women: gender matters. *The Psychiatric clinics of North America*. 29, 773–89.
- Li, M. (1999). A survey of relapse among 120 ex-addicts discharged from re-education through labour centres. *Chinese Journal of Drug Dependence*, 8, 42–43.
- Litman, G.K. (1986). Alcoholism survival: The prevention of relapse. En W.R. Miller y N. Heather (Eds.), *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change* (pp.391-405). Nueva York: Plenum Press.
- Lizarraga, S. y Ayarra, M. (2001). Entrevista Motivacional. *ANALES Sis San Navarra*, 24

(2), 34-53.

- Lledó, M.M., Manzanos, C. y Álvarez, M. (2014). Enfermedad mental y drogas en prisión. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 12(1), 27-35.
- Llopis, J. (2008). Estudio sobre las perspectivas de mejora de la asistencia a las mujeres drogodependientes con hijos en Europa. Implicaciones y consecuencias. En F.T. Añaños, F.J. Del Pozo, e I.Mavrou (Coords). *Educación Social en el Ámbito Penitenciario: Mujeres, Infancia y Familia* (pp.261-271). Granada: Natívola.
- Llorente, J.M. e Iraurgi-Castillo, J. (2008). Tratamiento cognitivo-conductual aplicado a la deshabituación en la deshabituación de cocaína. *Trastornos Adictivos*, 10, 254-274.
- Llort, A., Ferrando, S., Borrás, T. y Purroy, I. (2013). El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. *Alternativas*, 20, 9-22.
- López-Melero, M. (2012). Evolución de los sistemas penitenciarios y de la ejecución penal. *Anuario Facultad de Derecho, Universidad de Alcalá*. 2012, 401-448
- Lorenzo, P., Ladero, J.M., Leza, J.C. y Lizasoain, I. (1998). *Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación*. Madrid: Panamericana.
- Luego, M.A., Romero, E. y Gómez-Fraguela, J.A. (2001). *Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas*. (p. 5). Santiago de Compostela: Editorial Compostela S.A.
- MacCoun, R., Kilmer, B. y Reuter, P. (2003). Research in drugs-crime linkages: the next generation. En N. I. *Justice, Toward a Drugs and Crime Research Agenda for the 21st Century* (pp. 65-95). Washington: U.S Department of Justice.
- McMahon, R. (2008). Substance abuse problems, psychiatric symptoms, and post treatment status in MCMI psychopathology subgroups of cocaine dependent. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 34, 195-202
- Maddux, J.F. y Desmond, D.P. (1981). *Careers of opioid users*. New York: Praeger.
- Mann, K. (2004). Pharmacotherapy of alcohol dependence: a review of the clinical data.

CNS Drugs, 18 (8), 485-504.

Manzanos, C. (2007). "Violencia, salud y drogas en prisión", en *La prisión en España: una perspectiva criminológica*. Granada: Editorial COMARES.

Manzanos, C., Balmaseda, J. (2003). *Mujeres presas: Situación social, condiciones de encarcelamiento y propuestas de actuación*. Vitoria: Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social, Gobierno Vasco.

Mapelli, B. (1989): La crisis de nuestro modelo legal de tratamiento penitenciario. *Eguzkilore*, 2, 99-112.

Mapelli, B., Herrera, M. y Sordi, B. (2013). La exclusión de las excluidas. ¿Atiende el sistema penitenciario a las necesidades de género?, una visión andaluza. *Estudios penales y criminológicos*, 33, 59-95.

Marco, A., López-Burgos, A., García-Marco, L., Gallego, C., Antín, J.J. y Errasti, A. (2013). ¿Es necesario disponer de tratamientos con Buprenorfina/Naloxona para los presos dependientes de opiáceos?. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 15, 105-113.

Marco, A.; Saiz de la Hoya, P., García-Guerrero, J. y Grupo PREVALHEP. (2012). Estudio Multicéntrico de Prevalencia de Infección por el VIH y factores asociados en las prisiones de España. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14, 19-27.

Maremmanni, A. G., Dell'Osso, L., Pacini, M., Popovic, D., Rovai, L., Torrens, M.,... Maremmanni, I. (2011). Dual diagnosis and chronology of illness in treatment-seeking Italian patients dependent on heroin. *Journal of Addictive Diseases*, 30, 123-135. doi: 10.1080/10550887.2011.554779

Marín-Navarrete, R., De la Fuente-Martín, A., Cano-Arrieta, G, Villalobos-Gallegos, L., Bucay-Harari, L., Larios-Chávez, L. y Ambriz-Figueroa, A. (2015). Mujeres con patología dual; características clínicas y de tratamiento. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 1(1), 41-49.

Marín-Navarrete, R. y Median-Mora, ME. (2015). Comorbilidades en los trastornos por consumo de sustancias: un desafío para los servicios de salud en México. En Medina-Mora, ME. *La depresión y otros trastornos psiquiátricos*. México:

Academia Nacional de Medicina de México, AC.

Marín-Navarrete, R. y Szerman, N. (2015). Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. *Salud Mental*, 38(4), 395-396.

Marlatt, G.A. (1987). Craving notes. *British Journal of Addiction*, 82, 42.

Marlatt, G.A. (1996a). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*, 91 (Suplemento), 37-50.

Marlatt, G.A. y Gordon, R. (1985). *Relapse Prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. New York. Guilford Press.

Marlatt, G.A., Parks, G.A. y Witkiewitz, K. (2002). *Clinical Guidelines for Implementing Relapse Prevention Therapy*. Seattle: Addictive Behaviors Research Center Department of Psychology, University of Washington.

Marsh, J., Smith, B. y Bruni, M. (2011). Integrated substance abuse and child welfare services for women: A progress review. *Children and Youth Services Review*, 33, 466-472. <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.06.017>

Martín-Santos, R.; Fonseca, F.; Domingo-Salvany, A.; Ginés, J.M.; Imaz, M.L.; Navinés, R.;...; y Torrens, M. (2006). Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain. *European Journal of Psychiatry*, 20, 147-156.

Martín, S., Maxwell, C., White, H., y Zhang, Y. (2004). Trends in Alcohol Use, Cocaine Use, and Crime: 1989-1998. *Journal of Drug Issues*, 34 (2), 333-360.

Martínez-González, J.M., Albein-Urios, N., Lozano-Rojas, O. y Verdejo-García, A. (2006). Aspectos diferenciales del riesgo de abandono al inicio del tratamiento de la adicción a la cocaína en pacientes con trastornos de la personalidad. *Adicciones*, 26(2), 116-125.

Martínez-González, J.M. y Verdejo, A. (2011). Creencias básicas adictivas y craving. *Adicciones*, 23 (1), 339-352.

Martínez-Raga, J., Sabater, A., Pérez-Gálvez, B., Castellano, M. y Cervera, G. (2004). Add-on gabapentin in the treatment of opiate withdrawal. *Prog.*

- Neuropsychopharmacology Biol. Psychiatry*, 28 (3), 599-601.
- Martínez-Rico, G. (2014). El campus capacitas de la UCV. Educación superior y desarrollo de capacidades. *Edetania*, 46, 13-32.
- Matthews, R. (2003). *Pagando tiempo. Una introducción a la sociología del encarcelamiento*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Mattick, R.P., Kimber, J., Breen, C. y Davoli, M. (2004). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD002207.
- Messina, N., Grella, C.E., Cartier, J., y Torres, S. (2010). A randomized experimental study of gender-responsive substance abuse treatment for women in prison. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 97-107.
- Milby, J., Schumacher, J., Vuchinich, R., Wallace, D., Plant, M., Freedman, M. et al. (2004). Transitions During Effective Treatment for Cocaine-Abusing Homeless Persons: Establishing Abstinence, Lapse, and Relapse, and Reestablishing Abstinence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 250-256. <http://dx.doi.org/10.1037/0893-164X.18.3.250>
- Miller, E.M. (1986). *Street Women*. Filadelfia: Temple University Press. (p. 181)
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (Comps.). (1999). *La entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de Conductas Adictivas*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Miller, W.R., Westerberg, V.S., Harris, R.J. y Tonigan, J.S. (1996). What predicts relapse?. Prospective testing of antecedent models. *Addiction*, 91, 155-172
- Ministerio de Interior (2009). *Programa de acciones para la igualdad entre hombres y mujeres en el ámbito penitenciario*. Madrid: Ministerio de Interior/SGIP.
- Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En Plan Nacional sobre drogas (ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de acción* (pp. 85-101). Madrid: PNSD.
- Monnelly, E.P., Ciraulo, D.A., Knapp, C., LoCastro, J. y Sepúlveda, I. (2004). Quetiapine for treatment of alcohol dependence. *Journal Clinical Psychopharmacology*, 24

(5), 532-535.

Moore, T.M., Stuart, G.L., Meehan, J.C., Rhatigan, D.L., Hellmuth, J.C., y Keen, S.M. (2008). Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 247–274.

Moos, R. y Finney, J. (2011). Commentary on Lopez-Quintero et al. (2011): Remission and relapse – the Yin-Yang of addictive disorders. *Addiction*, 106, 670–671. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.00003284.x>

Moreno, M. P. (1999). Situación de internamiento versus situación de libertad: diferencias en algunas variables en presos drogodependientes. *Adicciones*, 11 (1), 23-31.

Murphy, D. A., Hser, Y. I., Huang, D., Brecht, M. L. y Herbeck, D. M. (2010). Self-report of Longitudinal Substance Use: A Comparison of the UCLA Natural History Interview and the Addiction Severity Index. *Journal Drug Issues*, 40, 495-516.

Naciones Unidas, (2007). *Recopilación de reglas y normas de las Naciones Unidas en la esfera de la prevención del delito y la justicia penal*. Viena: Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito.

Naciones Unidas, (2011). *Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok)*. Recuperado de http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/65_229_Spanish.pdf

National Institute of Corrections, U.S. Department of Justice (2003). Gender-Responsive Strategies. Research, practice and guiding principles for women offenders. Recuperado de <http://www.s3.amazonaws.com/static.nicic.gov/Library/018017.pdf>

Niaura, R. (2000). Cognitive Social Learning and related perspectives on drug craving. *Addiction*, 2, 155-63.

Niemeyer, H., Musch, J. y Pietrowsky, R. (2014). El seso de publicación en metanálisis sobre la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas para la esquizofrenia.

- Niveau, G. y Ritter, C. (2008). Route of administration of illicit drugs among remand prison entrants. *European Addiction Research* 14(2), 92–8.
- Noel, M. (2005). *Mujeres madres en prisión en América Central*. San José, Costa Rica. Universidad Estatal a distancia.
- Nurco, D., Kinlock, T. y Hanlon, T. (2004). The Drug-Crime Connection. En J. Iniciardi y K. McElrath, *The American Drug Scene. An anthology* (pp. 346-360). Los Angeles: Roxbury Publishing Company.
- OEDT, (2003). El tratamiento de los consumidores de drogas en las prisiones: un área crítica para la política de reducción de la delincuencia y protección sanitaria. *Drogas en el punto de mira*, Enero-Febrero, 1-4.
- OEDT (2007). Drogas y delincuencia: una relación compleja. *Drogas en el punto de mira*, 16, 1-4.
- O'Hare P.A., Newcombe, R., Matthews, A., Buning, E.C. y Drucker, E. (1995). *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup Igia.
- Orford, J. y Edwards, G. (1977). *Alcoholism: a comparison of treatment and advice, with a study of influence of marriage*. Maudsley monographs nº 26. Nueva York: Oxford University Press.
- Orsi, M.M. y Brochu, S. (2009). The place of syringe exchange programs in reducing harm in Canadian prisoners. *Canadian journal of public health*, 100, 29-31.
- Otero-López, J.M. (1999). *Relación droga-delincuencia en los adolescentes: una perspectiva de futuro desde una mirada al pasado*. En I Congreso Virtual sobre Drogodependencias. Recuperado de http://www.fad.es/estudios/congreso_virtual.html
- Paliwal, P., Hymana, S. y Sinha, R. (2008). Craving predicts time to cocaine relapse: Further validation of the Now and Brief versions of the cocaine craving questionnaire. *Drug and Alcohol Dependence*, 93, 252–259. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.10.002> Escuchar Leer fonéticamente

- Palma, S. y Delgado, M. (2006). Consideraciones prácticas acerca de la detección del sesgo de publicación. *Gaceta Sanitaria*, 3, 10-16.
- Parisca , S. (1995). El método Delphi. Gestión tecnológica y competitividad. En Parisca, S. *Estrategia y filosofía para alcanzar la calidad total y el éxito en la gestión empresarial*. La Habana: Academia, 129-130.
- Pascual, F. (2006). Prevención de recaídas y fármacos. En M. T. Cortés y F. Pascual (eds.). *Incumplimiento de propósitos en drogodependencias*, (pp.71-92). Barcelona: Zambon.
- Peña, S. (2001). *Un estudio descriptivo de las mujeres que incurren en delitos relacionados con las drogas*. Tesis de grado. Presentado en Universidad de los Andes. Escuela de Criminología, Venezuela. Trabajo sin publicar.
- Pereiro, C. (2014). *Prevención de recaídas y otros enfoques psicoterapéuticos o psicosociales en el manejo del alcoholismo, Tema 9*. Curso: Evidencia y herramientas para abordar al paciente con trastornos relacionados con el alcohol. Socidroalcohol. Recuperado de http://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/adicciones/Curso_Alcohol/archivos/pdf/tema_9.pdf
- Pérez- Gómez, A. y Correa, M. (2011). Identidad femenina y consumo de drogas: un estudio cualitativo. *Liberabit*, 17(2), 211-222.
- Pérez Serrano, G. (2003). *Pedagogía Social. Construcción científica e intervención práctica*. Madrid: Narcea.
- Perry, J. C. y Bond, M. (2002). Estudios empíricos sobre psicoterapia en trastornos de la personalidad. En J. G. Gunderson y G. O. Gabbard. *Psicoterapia de los trastornos de la personalidad* (pp.1-35). Barcelona: Ars Médica.
- Peterson, P.L., Hawkins, J.D. y Catalano, R.F. (1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, 16, 579-602.
- Pettinati, H.M., Oslin, D.W., Kampman, K.M., Dundon, W.D, Xie, H., Gallis, T.L., ... O'Brien, C.P. (2010). A double-blind, placebo-controlled trial combining

- sertraline and naltrexone for treating co-occurring depression and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 668-675.
- Pimlott, S. (2002). *Social location and cumulative adversity in multiply traumatized women*, doctoral dissertation, University of Michigan, Ann Arbor.
- Pimlott, S. (2004). The effects of PTSD on treatment adherence, drug relapse, and criminal recidivism in a sample of incarcerated men and women. *Research on Social Work Practice*, 14(6), 424-433. DOI: 10.1177/1049731504265837
- Piran, N., y Robinson, S.R. (2006). Associations between disordered eating behaviors and licit and illicit substance use and abuse in a university sample. *Addictive Behaviors*, 31(10), 1761–1775. doi: 10.1016/j.addbeh.2005.12.021
- Poehlmann, J. (2005). Incarcerated mothers contact with children, perceived family relationships, and depressive symptoms. *Journal of Family Psychology*. 19, 350–357.
- Polivy, J., y Herman, C. P. (2002). If at first you don't succeed: false hopes of self-change. *American Psychologist*, 57, 677- 689. <http://dx.doi.org/10.1037//0003-066X.57.9.677>
- Pollar, J.A., Catalano, R.F., Hawkins, J.D. y Arthur, M.W. (1997). *Development of a school-based survey measuring risk and protective factors predictive of substance abuse, delinquency, and other problems behaviors in adolescent populations*. Manuscrito pendiente de publicación.
- Polo I., Restrepo, M.F., Cerra, C., Parra, M., Medina, V. Y Paez, A. (2011). Categorías de creencias adictivas en pacientes de un programa de rehabilitación en farmacodependencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 36 (2), 185-196.
- Preston, K., Vahabzadeh, M., Schmittner, J., Lin, J., Gorelick, D. y Epstein, D. (2009). Cocaine craving and use during daily life. *Psychopharmacology*, 207, 291–301. <http://dx.doi.org/10.1007/s00213-009-1655-8>
- Prochaska, J.C. y DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy. Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-278.

- Prochaska, J.C.; DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1994). Como cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos. *RET, Revista de toxicomanías*, 1, 3-14.
- Prochaska, J.C. y Prochaska, J.M. (1993). Modelo Transteórico de cambio para conductas adictivas. En Miguel Casas y Michael Gossop, *Recaída y prevención de recaídas* (pp 85-136). Sitges: Citran, Ediciones en Neurociencias.
- Pulido-Criollo, F., Rodríguez-Landa, J.F. y Colorado-Martínez, M. (2009). Factores sociodemográficos asociados con los síntomas depresivos en una muestra de mujeres recluidas en dos prisiones de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(3), 209-215.
- Quaker United Nations Office, (2006). *Mujeres en la cárcel e hijos de mujeres encarceladas. Desarrollos recientes en el sistema de derechos humanos de las naciones unidas*. Recuperado de <http://www.agapepenitenciaria.org/wp-content/uploads/mujeres-en-la-carcel-e-hijos.pdf>
- Quaker United Nations Office, (2008). *Mujeres en la cárcel: comentario a las reglas mínimas de las Naciones Unidas para el trato con reclusos*. Recuperado de <http://www.archive.icpa.ca/tools/download/1018/WiP-CommentarySMRs200806-Spanish.pdf>
- Ramo, D. y Brown, S. (2008). Classes of Substance Abuse Relapse Situations: A Comparison of Adolescents and Adults. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 372-379.
- Ramos, V. y Garrote, G. (2009). Relación entre la conducta consumo de sustancias y la conducta delictiva. *INFAD Revista de Psicología, International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 647-656.
- Rankin, H., Hodgson, R. y Stockwell T. (1979). The concept of craving and its measurement. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 389-396.
- Rankin. H., Hodgson, R. y Stockwell T. (1983). Cue exposure and response prevention with alcoholics: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*; 21, 435-446.
- Ray, G., Weisner, C. y Mertens, J. (2005). Relationship between use of psychiatric

- services and five-year alcohol and drug treatment outcomes. *Psychiatric Services*, 56, 164-171. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.56.2.164>
- Redondo, S. (2004). Tratamiento y Sistema Penitenciario. En Sanmartín (coord.), *El laberinto de la violencia: causas, tipos y efectos*, (pp.331-341). Barcelona: Ariel.
- Redondo, S.; Pozuelo, F. y Ruíz, A. (2007). El tratamiento en las prisiones: Investigación internacional y su situación en España. En A. I. Cerezo y E. García (coords.) *La prisión en España: una perspectiva criminológica*, (pp. 175-212). Granada: Comares.
- Revista Española de Sanidad Penitenciaria. (2000). Editorial: Sida y Prisión. Las cárceles: un lugar para la prevención. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 1, 1-2.
- Ridder, D. y De Wit, J. (2006). *Self-regulation in Health Behavior*. Chichester: Willey.
- Rivera, I. y Almeda, E. (2005). *Política criminal y sistema penal; viejas y nuevas racionalidades punitivas*. Barcelona: Anthropos. (p. 411).
- Rodríguez, A. (1997). *Lecciones de Derecho Penitenciario*. Granada: Comares. (p. 270).
- Rodríguez, S.E., Córdova, A.J. y Fernández, M.C. (2015). Estudio comparativo del proceso de inserción social en hombres y mujeres usuarios de drogas en rehabilitación. *Health and Addictions*, 15(1), 49-54.
- Rodríguez-Arrebola, E. (2005). “Abordaje psiquiátrico de los trastornos de personalidad en el medio penitenciario”, en *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 7, 134-141.
- Robinson, T.E. y Berridge, K.C. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews*, 18, 247-91.
- Rohsenow, D.J. (2004). GAT place does naltrexone have in the treatment of alcoholism?. *CNS Drugs*, 18 (9), 547-560.

- Rohsenow, D., Martin, R., Eaton, C. y Monti, P. (2007) Cocaine craving as a predictor of treatment attrition and outcomes after residential treatment for cocaine dependence. *Journal Stud Alcohol Drugs*, 68, 641–648.
- Rollnick, S. y Heather, N. (1982). The application of Bandura's self-efficacy theory to abstinence oriented alcoholism treatment. *Addictive Behaviors*, 7, 243-250.
- Romero, M., Rodríguez, E., Durand, A., Colmenares, E. et al... (2007). mujeres en prisión y abuso de sustancias adictivas. *Género Salud Cifras*, 5(1), 14-20.
- Romero M., Saldívar, G., Loyola, L., Rodríguez, E. y Galván, J. (2010). Inequidades de género, abuso de sustancias y barreras al tratamiento en mujeres en prisión. *Salud Mental*, 33 (6) 499-506.
- Romero-Rodríguez, J. (2006). *Nuestros presos. Cómo son, que delitos cometen y qué tratamientos se les aplica*. Madrid: Ed. EOS, p. 49
- Romero-Vallecillos, M., Oviedo-Joekes, E., Mach-Cerdà, J.C. y Markez-Alonso, I. (2005). Programas de jeringuillas. *Adicciones*, 17 (2), 257-275.
- Romo, N. (2005). Género y uso de drogas. La invisibilidad de las mujeres. *Monografías Humanitas*, 5, 69-83.
- Roncero, C. y Casas, M. (2005). Eficacia clínica de la buprenorfina. *Trastornos adictivos*, 7, 23-6.
- Roncero, C., Fuste, G., Barral, C., Rodríguez-Cintas, L., Martínez-Luna, N., Eiroa-Orosa, F. J., & Casas, M. (2011). Therapeutic management and comorbidities in opiate-dependent patients undergoing a replacement therapy programme in Spain: the PROTEUS study. *Heroin Addiction & Related Clinical Problems*, 13(3), 5-16.
- Roncero, C., Sáez-Francàs, N., Castells, X. y Casas, M. (2008). Eficacia y manejo clínico de la buprenorfina. *Trastornos Adictivos*, 10 (2), 77-87.
- Rubio, B., Benito. A., Juan. M., Francés, S., Real, M. y Haro, G. (2015). Eficacia de la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual (TPMB-D) en pacientes hospitalizados con trastorno por uso de sustancias y patología dual. *Revista Española de Drogodependencias*, 40(3), 61-79.

- Rubio, G., Martínez-Gras, I. y Manzanares, J. (2009). Modulation of impulsivity by topiramate: implications for the treatment of alcohol dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 29, 584-589. doi: 10.1097/JCP.0b013e3181bfdb79
- Rubio, G., Ponce, G., Jimenez-Arriero, M.A., Palomo, T., Manzanares, J. y Ferre, F. (2004). Effects of topiramate in the treatment of alcohol dependence. *Pharmacopsychiatry*, 37, 37-40.
- Rubio, G.; Torrens, M.; Calatayud, M. y Haro, G. (2010). Modelos asistenciales para patología dual. En: Haro, G.; Bobes, J.; Casas, M.; Didia, J. y Rubio, G. *Tratado sobre patología dual: reintegrando la salud mental*. Castellón: MRA.
- Rueda, T., Ruiz, S. y Baena, B. (2011). Tratamiento psicofarmacológico de la dependencia alcohólica (III): Naltrexona y acomprosato. *Revista Adicción y Ciencia*, 1 (3).
- Ruiz Bolivar, C. (2008). El enfoque multimétodos en la investigación social y educativa: una mirada desde el paradigma de la complejidad. *Revista de Filosofía y socio política de la educación*, 8, año 4, 13-28.
- Ruiz Olabuénaga, J. e Ispizua, M.A. (1989). La técnica Delphi. En Ruiz Olabuénaga, J. e Ispizua, M. A. *La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto, 171-179.
- Ruiz-Olivares, R. y Chulkova, M. (2016). Intervención psicológica en mujeres drogodependientes: una revisión teórica. *Clínica y Salud*, 27, 1-6.
- Ruiz Pérez, J.I: (2009). La experiencia del encarcelamiento: una perspectiva psicosocial. En J. I. Ruiz Pérez, L. Rodríguez, (dirs.) y E. Meluk, (coord.), *Estado del arte en psicología: aportes desde la psicología jurídica y clínica al contexto penitenciario* (Documento de Trabajo). Recuperado de <http://extension.upbbga.edu.co/inpec2009/Estudiosprimeraparte/areasdisciplinarias/psicologia.pdf>.
- Salazar Morales, T. (2008). Delincuencia femenina por drogas: una aproximación a su realidad educativa. Centro penitenciario “Región de los Andes”, Mérida-Venezuela. *EDUCERE-Investigación arbitraria*. 12, 42, 603-614.

- Saldívar, G., Romero, M., Rodríguez, E., Durand, A. et al... (2006). Preception of mutual violence in incarcerated women's intimate partner relationships in Mexico City. *International Journal Prisoner Health*, 2(1). 35-47.
- Salize, H. J., Dreßing, H., Kief, C.(2007). *Mentally Disordered Persons in European Prison Systems: needs, programmes and outcome (EUPRIS)*. Mannheim: European Commission. Central Institute of Mental Health.
- San, L. (2004). *Consenso de la SEP sobre patología dual*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Sánchez, L., Díaz-Morán, S., Grau-López, L., Moreno, A., Eiroa-Orosa, F. J., Roncero, C.,... Casas, M. (2011). Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitiva conductual y entrevista motivacional. *Psicothema*, 23, 107-113.
- Sánchez-Carbonell, J. Camí, J. y Brigós, B. (1988). Follow-up of heroin addicts in Spain: results one year after treatment admission. *Bristish Journal of Addictions*, 84, 1439-1448.
- Sánchez-Craig, M. (1976). Cognitive and behavioral coping strategies in the reappraisal of stressful social situations. *Journal of Counseling Psy chology*, 23, 7-12.
- Sánchez-Hervás E. (2002). Estrategias para el manejo del craving (a drogas). *Anales de Psiquiatría*, 18, 27-34.
- Sánchez-Hervás, E. y Llorente del Pozo, J.M. (2012). Recaídas en la adicción a cocaína: una revisión. *Adicciones*. 24(3), 269-280
- Sánchez-Hervás. E., Molina, N., del Olmo, R., Tomás, V. y Morales, E. (2001). Craving y adicción a drogas. *Trastornos Adictivos*, 3, 237-243.
- Sánchez-Hervás, E., Secades-Villa, R., Santonja, F. J., Zacarés, F., García-Rodríguez, O., Martín, E.,... García Fernández, G. (2010). Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. *Adicciones*, 22, 59-64.
- Santamaria, J.J. y Chait, L. (2004). Drogadicción y Delincuencia: perspectiva desde una prisión. *Adicciones*, 16 (3), 207-217.

- Santonja, F; Sánchez-Hervás, E; Secades, R; Zacarés, F; García-Rodríguez, O; García-Fernandez, G. (2010). Pretreatment Characteristics as Predictors of Retention in Cocaine-dependent Outpatients. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 9, 93-98. <http://dx.doi.org/10.1097/ADT.0b013e3181bff7ec>
- Santos, P., Palomares, J. V. y Pastor, M. A. (2000). Variables predictoras de evolución en una unidad de deshabituación residencial. *Adicciones*, 12, 487-491.
- Secades, R. y Fernández-Hermida, J.R. (2015). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. En Pérez Álvarez, Fernández-Hermida, Fernández-Rodríguez, Amigo (Coords.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Sees, K. Delucchi, K. Masson, C. Rosen, A. Clark, W. Robillard, H. et al. (2000). Methadone maintenance vs 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence. *Journal of the American Medical Association*, 283, 1303-1310.
- SEPD, Sociedad Española de Patología Dual. (2013). *Nota de Prensa. El consumo de sustancias puede considerarse una forma de automedicación para determinados trastornos psíquicos*. Recuperado de http://www.patologiadual.es/prensa/np/020413np_automedicacion_pd.pdf
- SGIP, (2009). *Programa de acciones para la igualdad entre hombres y mujeres en el ámbito penitenciario*. Madrid: Gobierno de España, Ministerio del Interior, Secretaria General de Instituciones Penitenciarias.
- SGIP (2013a). *Medio abierto*. Recuperado de <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/cumplimientoMedioAbierto>
- SGIP (2013b). *Vida en prisión*. Recuperado de <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/laVidaEnPrision>
- SGIP (2013c). *Establecimientos penitenciarios*. Recuperado de <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/centrosPenitenciarios>
- SGIP, (2014a). *El sistema penitenciario español; edición julio 2014*. Madrid: Gobierno de España, Ministerio del Interior, Secretaria General de Instituciones

Penitenciarias.

SGIP, (2014b). *Instrucción 10/2014. Programa de actuación en sobredosis*. Madrid: Gobierno de España, Ministerio del Interior, Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Recuperado de http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/instruccionesCirculares/Circular_I-10-2014.pdf

SGIP (2015a). *Establecimientos penitenciarios. Centros penitenciarios de origen ordinario*. Recuperado de <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/centrosPenitenciarios>

SGIP (2015b). *Establecimientos penitenciarios. CIS*. Recuperado de <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/centrosPenitenciarios/cis.html>

SGIP (2015c). *Establecimientos penitenciarios. Unidades de madres*. Recuperado de <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/centrosPenitenciarios/unidadesMadres.html>

SGIP (2015d). *Establecimientos penitenciarios. Otras unidades*. Recuperado de <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/centrosPenitenciarios/otrasUnidades.html>

SGIP (2015e). *Estadísticas penitenciarias*. Recuperado de <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/documentos/estadisticas.html>

SGIP (2015f). *Programas de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios. Memoria 2014*. Recuperado de http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Memoria_Programas_Drogodependencias_2014.pdf

Siegel S. (1979). The role of conditioning in drug tolerance and addiction. En Keehn J. (ed). *Psychophatology in animal: research and treatment implications*. New York: Academic Press.

Sierra, J. (2012). *Manual de Sistemas Penitenciarios de la Unión Europea*. Murcia: Universidad de Murcia.

Silber, O., Marsden, M. y Bardy, T. (2003). Effectiveness of substance abuse treatment

- programming for women a review. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 29(1), 1953.
- Simpson, M. (2003). The relationship between drug use and crime: a puzzle inside an enigma. *International Journal of Drug Policy*, 14, 307-319.
- Simpson, D., Joe, G. y Broome, K. (2002). A national 5-years followup of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59, 538-544. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.59.6.538>
- Sirvent, C. (2009). Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. *Norte de Salud Mental*, 33, 51-58.
- Smith, B. P., Barry, J., Keenon, E. y Dukray, K. (2010). Lapse and relapse following inpatient treatment of opiate dependence. *Irish Medical Journal*, 103, 176-179.
- Souza, M. y Cruz, D.L. (2009). La patología adictiva de la mujer y su comorbilidad. *Revista Facultad de Medicina UNAM*. 52(1), 23-29.
- Souza, M., Oliveira, T. y Assis, C. (2011). Fatores que influenciam a recaída ao abuso de drogas: estudo a partir da literatura científica nacional. *Revista Multidisciplinar da Saúde*, 3 (6), 75-89.
- Soyka, M., Kranzler, H.R., van den Brink, W., Krystal, J., Moller, H.J. y Kasper, S. (2011). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guide- lines for the biological treatment of substance use and related disorders. Part 2: Opioid dependence. *World Journal of Biological Psychiatry*, 12, 160-87.
- Spanagel, R. y Zieglgänsberger, W. (1997). Anticraving compounds for etanol: new pharmacological tolos study addctiv processes. *Trends in Pharmacological Sciences*, 18, 54-59.
- Stark, K., Herrmann, U., Ehrhardt, S. y Bienzle, U. (2006). A syringe Exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany. *Epidemiology an Infection*, 134, 814-819.
- Stocco, P., Llopis, J., DeFazio, L., Calafat, A. y Mendes, F. (2002). *Women drug abuse in Europe: gender identity*. IREFREA. Palma de Mallorca: España.

- Stöver, H. (2000). Évaluation positive de projets pilotes d'échange de seringues en prison. *Bulletin canadien VIH/SIDA et droit*, 5, 2-3.
- Stulz, N., Thaseb, M., Gallop, R. y Crits-Christoph, P. (2011). Psychosocial treatments for cocaine dependence: The role of depressive symptoms. *Drug and Alcohol Dependence*, 114, 41–48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.06.023>
- Szerman, N., Lopez-Castroman, J., Arias, F., Morant, C., Babín, F., Mesías, B., ... Baca-García, E. (2012). Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. *Substance Use & Misuse*, 47(4), 383-389. doi: 10.3109/10826084.2011.636135
- Szerman, N., Marín-Navarrete, R., Fernández-Mondragón, J. y Roncero, C. (2015). Patología dual en poblaciones especiales: una revisión narrativa. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 1(1), 50-67.
- Szerman, N., Martinez-Raga, J., Roncero, C., Vega, P., Basurte-Villamor, I., Marín-Navarrete, R., ... Casas, M. (2015). *Key points on dual disorders/co-occurring disorders: addiction and other mental illnesses: A blueprint for a deep debate*. On publisht results.
- Tashakkori, A y Tiddlie, C. (2003). *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. London: Sage.
- Tate, S., Brown, S., Glasner, S., Unrod, M. y McQuaid, J. (2006). Chronic life stress, acute stress events, and substance availability in relapse. *Addiction Research and Theory*, 14, 303-322. <http://dx.doi.org/10.1080/16066350500262817>
- Tate, S., Brown, S., Unrod, M. y Ramo, D. (2004). Context of relapse for substance-dependent adults with and without comorbid psychiatric disorders. *Addictive Behaviors*, 29, 1707-1724. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.03.037>
- Tejedor, A. (2009). Evaluación psicológica de la delincuencia infantil. En Jiménez Gómez, F. (ed.). *Evaluación psicológica forense (ámbitos delictivos, laboral y elaboración de informes)*. Salamanca: Amarú.
- Temple, J.R., Weston, R., Stuart, G.L., y Marshall, L.L. (2008). The longitudinal association between alcohol use and intimate partner violence among ethnically

- diverse community women. *Addictive Behaviors*, 33, 1244-1248.
- Tiffany, S.T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review*, 97 (2), 147-168.
- Tiffany, S.T. (1999). Cognitive Concepts of craving. *Alcohol Research and Health*, 23, 215-24.
- Tiffany, S.T. (1995). The role of cognitive factors in reactivity to drug cues. In Drummond DC, Tiffany ST, Glautier SP, Remington B (eds). *Addictive Behaviour: Cue Exposure, Theory and Practice*, 137-165. Chichester, England: John Wiley.
- Tiffany, S.T. y Conklin, C.A. (2000). A Cognitive Processing Model of alcohol craving and compulsive alcohol use. *Addiction*, 95(2), 145-53.
- Tirapu, J., Landa, N. y Lorea, I. (2003). Sobre las recaídas, la mentira y la falta de voluntad de los adictos. *Adicciones*, 15 (1), 7-16.
- Tomás y Valiente, F. (1978). Las cárceles y el sistema penitenciarios bajo los Borbones. *Historia 16*. Extra VII, 69-88.
- Tonnessen, P., Tonstad, S., Hjalmarson, A., Leborgy, F., Van Spiegel, P.I., Hider, A, Sweet, R. y Townsend, J. (2003). A multicentre, randomized, double-blind, placebo controlled, 1-year study of bupropion SR for smoking cessation. *Journal of Intervent Medicine*, 254, 184-192.
- Turbi Pinazo, A.M. (2008). Cómo abordar una entrevista motivacional. En F.T. Añaños Bedriñana; F. Del Pozo Serrano y I. Mavrou, I. (coords.) *Educación Social en el Ámbito Penitenciario: Mujeres, Infancia y Familia* (143-158). Granada: Nativola.
- Turbi Pinazo, A.M. (2010). Programas y Terapias motivacionales en adicciones. En Iosifina Mavrou, Magdalena Jiménez Ramírez, Francisco José del Pozo Serrano, Fanny T. Añaños (Coords). *Acción Socioeducativa con Mujeres, Salud y Drogodependencias en el Medio Penitenciario* (217-231). Granada: Nativola.
- Turbi Pinazo, Á.M. y Llopis Llácer, J.J. (en prensa). Salud Física y Mental en mujeres reclusas en las cárceles españolas. En Añaños-Bedriñana. (Dir.). *En prisión*.

- Mujeres, realidades e intervención socioeducativa y drogodependencias*. Madrid: Narcea, S.A. Ediciones
- Tye, C.S. y Mullen, P.E. (2006). Mental disorders in female prisoners. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 40, 266–71.
- UNAD, Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente. (2008). Drogodependencias y Prisión: *Situación de las cárceles españolas. Estudio sobre la situación de las personas con problemas en prisión*. Madrid: UNAD.
- UNODC, (2008). *Handbook for prison managers and policymakers on women and imprisonment*. Criminal Justice Handbook Series, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna. Recuperado de <https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/women-and-imprisonment.pdf>
- Vaillant, G.E. (1983). *Natural history of alcoholism*. Cambridge: Harvard University Press.
- Valero-Aguayo, L.; Ortiz-Tallo, M.; Parra-García, M.M. y Jiménez-Guerra, M. (2013). Valoración de resultados y perfil psicosocial de un programa de rehabilitación de personas con drogodependencias. *Anales de psicología*, 29(1), 38-47.
- Valverde, J. (1997). *La cárcel y sus consecuencias: La intervención sobre la conducta desadaptada*. Madrid: Editorial Popular.
- Van den Bosch, L.M. y Verheul, R. (2007). Patients with addiction and personality disorder: Treatment outcomes and clinical implications. *Current Opinion Psychiatry*, 20, (1), 67-71.
- Varela, O., Algora, I., Gutiérrez, M., Larraz, M.E., Barreales, L., Santamaría, A. (2007). Uso de Psicofármacos en prisión (CP Madrid III). *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 9, 38-46.
- Vega, A. (1990). Delincuencia y Drogas: Reflexiones Pedagógicas. *Delincuencia*, 2 (3), 247-271.
- Vicens-Pons, E.; Grupo PRECA (2009). Aproximación a la Metodología para el estudio de los Trastornos mentales en población penitenciaria. El estudio PreCa. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 11, 17-25.

- Villagrà, P., González, A., Fernández, A., Casares, M.J., Martín, J.L. y Rodríguez, F. (2011). Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión. *Adicciones*, 23(3), 219-226.
- Villar, E. (2014). *Perspectiva de género y programas sobre drogas: el abordaje de las desigualdades*. Madrid: Consorcio COPOLAD.
- Volkow, D., Fowler, J., Wang, G., Telang, F., Logan, J., Jayne, M., Ma, Y. et al. (2010). Cognitive control of drug craving inhibits brain reward regions in cocaine abusers. *Neuroimagen*, 49, 2536–2543.
- Volkow ND, Chang L, Wang GJ, Fowler JS, Ding YS, Sedler M, et al. (2001). Low level of brain dopamine D2 receptors in methamphetamine abusers: association with metabolism in the orbitofrontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 158: 2015-2021.
- Volkow, N.D., Fowler, J.S. y Wang, G.J. (2004). The addicted human brain viewed in the light of imaging studies: brain circuits and treatment strategies. *Neuropharmacology*, 47 (1), 3-13.
- Waldrop, A., Back, S., Verduin, M. y Brady, K. (2007). Triggers for cocaine and alcohol use in the presence and absence of posttraumatic disorder. *Addictive Behaviors*, 32, 634-639. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.06.001>
- Walitzer, K. y Dearing, R. (2006). Gender differences in alcohol and substance use relapse. *Clinical Psychology Review*, 26:128-148. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2005.11.003>
- Walker, H. (2004). Using psychosocial interventions within a high-security hospital. *Nursing Times*. 100(31), 36-9.
- Wanigaratne, S., Wallace, W., Pullin, J., Keaney, F., & Farmer, R. (1995). *Relapse prevention for addictive behaviors: A manual for therapists*. Cambridge, MA: Blackwell Science, Ltd.
- Weiss, F. (2005). Neurobiology of craving, conditioned reward and relapse. *Current Opinion in Pharmacology*, 5, 9-19.
- Weis, J.G. (1982). The Invention of the New Female Criminal. En L.D. Savitz y N.

- Johnston, *Contemporary Criminology*, New York: John Wiley.
- WHO, Regional Office for Europe (2009). *Women's health in prison: correcting gender inequity in prison health*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/WHO_EURO_UNODC_2009_Womens_health_in_prison_correcting_gender_inequity-EN.pdf
- Wikler, A. (1948). Recent progress in research on the neurophysiological basis of morphine addiction. *American Journal of Psychiatry*, 105, 329-338.
- Witkiewitz, K. y Marlatt, G. A. (2004). Relapse preventions for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao? *American Psychologist*, 59, 224-235. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.59.4.224>
- Wilson, S. (2004). The principle of equivalence and the future of mental health care in prisons. *British Journal of Psychiatry*. 184, 5-7.
- Wilson, G.T. (1978). Chemical aversion conditioning as a treatment for alcoholism: A re-analysis. *Behavior Research and Therapy*, 25, 503-516.
- WPB, (2015a). *Prison Population Rate*. Recuperado de http://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/prison_population_rate?field_region_taxonomy_tid=All
- WPB, (2015b). *World Female Imprisonment List third edition*. Recuperado de http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_female_imprisonment_list_third_edition_0.pdf
- Yagüe, C. Y Cabello, M.I. (2005). Mujeres jóvenes en prisión. *Revista de estudios de juventud*, 69, 30-48.
- Yugueros, A.J. (2013). La delincuencia femenina: una revisión teórica. *Foro*, Nueva época, 16 (2), 311-316.
- Zhu, W., Dong, j., y Hesketh, T. (2009). Preventing relapse in incarcerated drug users in Yunnan Province, China. *Drug and Alcohol Review*, 28, 641-647 DOI: 10.1111/j.1465-3362.2009.00068.x

- Zlotnick, C., Johnson, J., y Najavits, L.M. (2009). Randomized controlled pilot study of cognitive-behavioral therapy in a sample of incarcerated women with substance use disorder and PTSD. *Behavior Therapy*, 40, 325-336.
- Zurhold, H., Haasen, C. and Stöver, H. (2005), *Female drug users in European prisons: a European study of prison policies, prison drug services and the women's perspectives*. Bibliotheks- und Informationssystem der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg.

Normativa

- Constitución Española de 1978. BOE de 29 de diciembre de 1978.
- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (LOGP).
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre, del Código Penal.
- Ley Orgánica 1/2015 de 30 de Marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Ley Orgánica 7/2003, de 30 de junio, de medidas de reforma para el cumplimiento íntegro y efectivo de las penas.
- Ley Orgánica de educación 2/2006 de 3 de Mayo (LOE)
- Ley Orgánica de educación 8/2013 de 9 de Diciembre (LOMCE)
- Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero. Reglamento Penitenciario.
- Instrucción 12/2006, PIT
- Instrucción 4/2009, PIT
- Instrucción 10/2014. Programa de actuación en sobredosis. Madrid: Gobierno de España, Ministerio del Interior, Secretaria General de Instituciones Penitenciarias.
- Circular 17/2005 sobre Programas de Intervención en Materia de Drogas en Instituciones penitenciarias, de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

ANEXOS

ANEXO 1. Encuesta sobre mujeres drogodependientes en medio penitenciario y su inserción social (proyecto: ref. Edu2009-13408).



ugr

Universidad
de Granada

**ENCUESTA SOBRE MUJERES DD. EN MEDIO PENITENCIARIO
Y SU INSERCIÓN SOCIAL
(Proyecto: Ref. EDU2009-13408)**

I. **Número de encuesta:** |_|_|_|_|_|

II. **Nombre de Centro**

|_|_|_|_|.....

III. **Tipo centro:** 1.Mod.mujeres CP ☐...2.Mod.Respeto CP ☐...3.Mod.Familiar ☐
4. Unidad-Mod.Madres CP ☐...5.Psiquiátrico CP ☐...6.UTE.CP ☐...7.CT.CP ☐
8.S.Abierta ☐...9.CIS ☐... 10.UE ☐...11.UDM ☐...12. Centro de día (extrap.) ☐
13. Extrapenitenciarios ☐.....
14. Otro ☐

IV. **Tipo encuesta:** 1.Guiada ☐, 2.Autocumplimentada ☐ 3. Mixta ☐

V. **Encuestador/a**.....

VI. **Fecha:** Día |_|_| Mes |_|_| Año |_|_|_|_|

Financia:



Autorizado:



BLOQUE I

1. ¿Qué edad tiene usted? |__|__| Años
cumplidos

2. Localidad y provincia de
nacimiento:.....

3. Comunidad autónoma:.....
(si es española)

4. Nacionalidades:.....
.....

5. Estado civil:

1. Casada ☐ 2. Pareja de hecho ☐
3. Soltera ☐ 4. Separada/divorciada ☐
5. Viuda ☐ 6. NS/NC ☐

6. Actualmente ¿tiene pareja?

1. Sí ☐ 2. No ☐

7. ¿Tiene hijos/as?

1. Sí ☐ 2. ¿Cuántos?

3. No ☐ → Pasar a 10

8. Número de hijos/as con usted en el
centro de cumplimiento:

9. Si algún hijo/a no reside con Ud.
¿dónde está actualmente?

(en la línea poner nº hijos/as)

1. Padre ☐ 2. Abuelos/as ☐
3. Otros familiares ☐
4. Familia acogida ☐
5. Centro tutelado (colegio, internado) ☐
6. Emancipados/as ☐
7. NS/NC ☐
8. Otros ☐

10. ¿Cuál es el nivel de estudios
alcanzado?

1. Sin estudios ☐
2. Primaria incompleta ☐
3. Primaria completa (hasta 6º actual y hasta
8º EGB) ☐
4. Secundaria incompleta ☐
5. Secundario completa ☐
(Graduado Escolar, ESO)
6. Formación profesional ☐
7. Bachillerato, COU ☐
8. Estudios superiores ☐
¿cuál?.....
9. NS/NC ☐
10. Otros ☐ ¿Cuál?

11. ¿Cuál es su opción religiosa
actual?

1. Atea/agnóstica ☐ 2. Católica ☐
3. Musulmana ☐ 4. Evangélica ☐
5. Protestante ☐ 6. Ortodoxa ☐
7. Testigos de Jehová ☐ 8. NS/NC ☐
9. Otros ☐ ¿Cuál?.....

12. ¿Es usted practicante de su religión?

1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. NS/NC ☐

13. ¿Sigue usted o su familia la
tradición gitana?

1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. NS/NC ☐

14. ¿Con quién vivía el último mes antes de
entrar en prisión?:

1. Pareja/marido ☐ 2. Hijos/as ☐
3. Pareja/marido e hijos/as ☐
4. Padres ☐ 5. Sola ☐
6. Otros familiares ☐ 7. Amigos/as ☐
8. Centros protegidos (albergues, pisos...)
9. Comunidad Terapéutica ☐
10. Hospital ☐
11. Otros ☐
12. NS/NC ☐

15. En total incluida Ud., ¿cuántas personas vivían en el mismo domicilio?

Nº:

16. Cuando termine su condena, ¿con quién vivirá?

- | | |
|--|--|
| 1. Pareja e hijos <input type="checkbox"/> | 2. Pareja/marido <input type="checkbox"/> |
| 3. Hijos/as <input type="checkbox"/> | 4. Padres <input type="checkbox"/> |
| 5. Sola <input type="checkbox"/> | 6. Otros familiares <input type="checkbox"/> |
| 7. Amigos/as <input type="checkbox"/> | |
| 8. Centros protegidos (albergues, pisos...) <input type="checkbox"/> | |
| 9. NS/NC <input type="checkbox"/> | |
| 10. Otros <input type="checkbox"/> ¿cuál? | |

17. ¿Ha residido en algún centro de protección de menores?

1. Sí ☐ 2. No ☐ → *Pasar a 20*
3. NS/NC ☐

18. ¿Durante cuánto tiempo?

1. Menos de 1 año ☐
2. 1-2 años ☐
3. 3-4 años ☐
4. 5-6 años ☐
5. 7-8 años ☐
6. 9-10 años ☐
7. Más de 10 años ☐

19. ¿Considera que la experiencia en el centro le ayudó en su vida?

1. Nada ☐ 2. Poco ☐ 3. Bastante ☐
4. Mucho ☐

20. ¿Ha sido acogida por otra familia cuando era menor de edad?

1. Sí ☐ 2. No ☐ → *Pasar a 23*
3. NS/NC ☐

21. ¿Durante cuánto tiempo?

1. Menos de 1 año ☐
2. 1-2 años ☐
3. 3-4 años ☐
4. 5-6 años ☐
5. 7-8 años ☐
6. 9-10 años ☐
7. Más de 10 años ☐

22. ¿Le ayudó la experiencia de la acogida en su vida?

1. Nada ☐ 2. Poco ☐ 3. Bastante ☐
4. Mucho ☐

23. ¿Ha tenido medidas judiciales en alguna ocasión siendo menor de edad?*

1. Sí ☐ 2. No ☐ → *Pasar a 26*
3. NS/NC ☐

24. ¿Durante cuánto tiempo?

1. Menos de 1 año ☐
2. 1-2 años ☐
3. 3-4 años ☐
4. 5-6 años ☐
5. 7-8 años ☐
6. 9-10 años ☐
7. Más de 10 años ☐

25. ¿Considera que estas medidas judiciales le ayudaron en su vida?

1. Nada ☐ 2. Poco ☐ 3. Bastante ☐
4. Mucho ☐

26. ¿Cuál es el delito por el que cumple actualmente condena?

(Puede marcar varias opciones con una "X", al lado, únicamente marque una opción de delito por el que cumple mayor tiempo de condena).

TIPO DE DELITO		Pena mayor duración
1. Homicidio	<input type="checkbox"/>	
2. Asesinato	<input type="checkbox"/>	
3. Lesiones	<input type="checkbox"/>	
4. Contra la libertad	<input type="checkbox"/>	
5. Torturas e integridad moral	<input type="checkbox"/>	
6. Agresiones sexuales	<input type="checkbox"/>	
7. Abusos sexuales	<input type="checkbox"/>	
8. Acoso sexual	<input type="checkbox"/>	
9. Omisión del deber de socorro	<input type="checkbox"/>	
10. Contra el derecho de los trabajadores	<input type="checkbox"/>	
11. Relativos a la prostitución	<input type="checkbox"/>	
12. Hurtos	<input type="checkbox"/>	
13. Robos	<input type="checkbox"/>	
14. Robo y hurto de uso de vehículos	<input type="checkbox"/>	
15. Estafas	<input type="checkbox"/>	
16. Otros delitos socioeconómicos	<input type="checkbox"/>	
17. Contra la hacienda pública y seguridad social	<input type="checkbox"/>	
18. Contra las relaciones familiares	<input type="checkbox"/>	
19. Incendios	<input type="checkbox"/>	
20. Contra la salud Pública	<input type="checkbox"/>	
21. Seguridad del tráfico	<input type="checkbox"/>	
22. Falsedades	<input type="checkbox"/>	
23. Contra la administración pública	<input type="checkbox"/>	
24. Acusación y denuncia falsa	<input type="checkbox"/>	
25. Quebrantamiento de condena	<input type="checkbox"/>	
26. Contra la Constitución	<input type="checkbox"/>	
27. Atentados autoridad, etc.	<input type="checkbox"/>	
28. Tenencia, tráfico, depósito de armas	<input type="checkbox"/>	
29. Terrorismo	<input type="checkbox"/>	
30. Faltas	<input type="checkbox"/>	
31. Contra la seguridad exterior	<input type="checkbox"/>	
32. Otro, ¿cuál?..	<input type="checkbox"/>	

27. ¿En qué grado está?

1. Segundo grado ☐ 2. Tercer grado ☐
3. NS/NC ☐
4. Otros ☐ ¿cuál?.....

28. ¿Dónde cumple condena?

1. Módulo mujeres/ C.P. ☐
2. Módulo respeto/ C.P. ☐
3. Módulo familiar/ C.P. ☐
4. Unidad-módulo madres/ C.P. ☐
5. Hospital psiquiátrico/ C.P. ☐
6. U.T.E./ C.P. ☐
7. Comunidad Terapéutica/ C.P. ☐
8. Sección abierta/C.P. ☐
9. CIS ☐
10. Unidad Externa ☐
11. Unidad Dependiente Madres ☐
12. Centro de día (extrap.) ☐
13. Extrapenitenciario ☐.....
14. Otro ☐.....

29. ¿Está cumpliendo su primera condena?

1. Sí ☐ → Pasar a 32
2. No ☐ 3. NS/NC ☐

30. ¿A qué edad se produjo su primer ingreso en prisión?

|_|_| Años cumplidos

31. ¿En cuántos centros penitenciarios ha estado?

Nº

32. ¿Cuánto tiempo lleva en prisión desde su último ingreso?

1. Menos de 1 año ☐
2. 1-2 años ☐
3. 3-4 años ☐
4. 5-6 años ☐
5. 7-8 años ☐
6. 9-10 años ☐
7. Más de 10 años ☐

33. ¿Cuánto tiempo máximo le queda de condena? (incluida la condicional)

1. Menos de 1 año ☐
2. 1-2 años ☐
3. 3-4 años ☐
4. 5-6 años ☐
5. 7-8 años ☐
6. 9-10 años ☐
7. Más de 10 años ☐

34. ¿Ha estado o está algún miembro de su familia u otras personas cercanas cumpliendo condena en prisión?

1. Padre ☐ 2. Madre ☐
3. Pareja ☐ → ¿Cuántas?..... (nº de parejas, no de veces de ingreso)
4. Hijo ☐ 5. Hija ☐
6. Primo ☐ 7. Prima ☐
8. Amigos ☐ 9. Amigas ☐
10. NS/NC ☐
11. Otros.....
12. Ninguno ☐

BLOQUE II

ANTES DE ENTRAR EN PRISIÓN

35. Antes de entrar en prisión, ¿en qué trabajaba? (el último año)

1. Indique tipo de trabajo:
2. No trabajaba / Paro ☐
3. Exenta por incapacidad ☐
4. Ama de casa ☐

35.2. Indique 3 trabajos remunerados donde ha estado más tiempo y si ha tenido o no contrato, siendo 1 la más importante.

TRABAJO	Con contrato	Sin contrato
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Ingresos económicos aproximados del núcleo de convivencia familiar con la que residía cuando usted entró en prisión: (De sus padres o de la familia propia).

1. Menos de 300 € mensuales ☐
2. Entre 301 € a 600 € mensuales ☐
3. Entre 601 € a 1000 € mensuales ☐
4. Entre 1001 € a 2500 € mensuales ☐
5. Más de 2500 € mensuales ☐
6. NS/NC ☐

37. ¿Quién aportaba los ingresos en la familia con la que residía cuando usted entró en prisión? (Si hay más de uno, el que más aportaba).

1. Padre ☐
2. Madre ☐
3. Abuelos/as ☐
4. Mi pareja/marido ☐
5. Yo ☐
6. Hermanos/as ☐
7. Hijos/as ☐
8. NS/NC ☐
9. Otros ☐ ¿Quién?.....

38. Indique si ha tenido ingresos principales por alguno de estos conceptos en el último año antes de ingresar a prisión. (Puede elegir varias respuestas).

1. Pensiones ☐
2. Prestaciones/ayudas sociales oficiales ☐
3. Ayudas familiares ☐
4. Otras ayudas ☐
5. Mendicidad ☐
6. Prostitución ☐
7. Actividad delictiva ☐ ¿Cuál?.....
8. NS/NC ☐
9. Otros ☐ ¿Cuál?.....
10. Ningún ingreso por estos conceptos ☐

39. Indique cuánto ha ganado usted en total en el último mes **ANTES** de ingresar a prisión? (*Ultimo ingreso*)

1. Sucio.....€

2. Limpio.....€

DESPUÉS DE INGRESAR A PRISIÓN

40. Durante el cumplimiento de su pena, ¿qué cursos ha recibido destinados a encontrar un empleo cuando usted termine su condena y qué le han parecido?

1. Sí, he recibido ☐ → *Rellenar la tabla*

2. No, he recibido ☐

3. NS/NC ☐

(*Puede elegir varias respuestas.*)

40.1. CURSOS	<i>Malo</i>	<i>Regular</i>	<i>Bueno</i>	<i>Muy bueno</i>
1. Informática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Electricidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Peluquería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fontanería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jardinería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Costura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cursos becados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hostelería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cursos de búsqueda y orientación laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Otros, indique ¿cuál?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Indique en cuáles de los siguientes programas ha participado o participa actualmente y ¿qué le han parecido?

1. Sí, he participado ☐ → *Rellenar la tabla*

2. No he participado ☐ → *Pasar a 48*

3. NS/NC ☐

(Puede elegir varias respuestas y dar su valoración).

41.1. PROGRAMAS	Malos	Regulares	Buenos	Muy buenos
1. Alfabetización de adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Alfabetización y castellano para extranjeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Educación secundaria para adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Enseñanza reglada (primaria-secundaria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bachillerato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ciclos formativos de grado medio y superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Estudios universitarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Programas socioculturales: arte, teatro, manualidades, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Programas de tratamiento de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Módulo de respeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Programas para discapacitados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Programas deportivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Habilidades sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Programa de Violencia de género	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Cursos de género	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Cursos de autoestima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Educación infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Adaptación y preparación para la libertad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Otros, Indique ¿cuál?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. En general, ¿qué es lo más valioso de los programas en los que ha participado? (Indique dos razones, siendo el 1 la más importante).

1).....

2).....

43. En relación con lo que ha aprendido en estos programas, ¿cree usted que le será de ayuda cuando se encuentre en libertad definitiva?

1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. NS/NC ☐

44. ¿Considera usted que la formación laboral recibida en prisión la capacita para encontrar un empleo en el mercado laboral cuando se encuentre en libertad definitiva?

1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. NS/NC ☐

45. ¿Considera usted que las posibilidades de participación en los programas en su centro son...? (facilidad de "enterarse", de "apuntarse"....)

1. Malas ☐ 2. Regulares ☐ 3. Buenas ☐ 4. Muy buenas ☐

46. ¿Cree usted que los programas ofertados durante el cumplimiento de condena están adaptados a los intereses y necesidades de las mujeres?

1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. NS/NC ☐

47. ¿Por qué motivos se ha apuntado a estos programas? (Puede elegir varias respuestas, ordene posteriormente con 1, 2, 3, 4..., siendo 1 la más importante).

MOTIVOS		Nº preferencia
1. Ocupar el tiempo	<input type="checkbox"/>	
2. Reducir duración condena	<input type="checkbox"/>	
3. Obtener beneficios económicos	<input type="checkbox"/>	
4. Ver a mi pareja	<input type="checkbox"/>	
5. Aprender algo que me ayude en la vida	<input type="checkbox"/>	
6. Tener posibilidad de encontrar un empleo al salir	<input type="checkbox"/>	
7. Para ligar	<input type="checkbox"/>	
8. No estoy apuntada en el programa	<input type="checkbox"/>	
9. NS/NC	<input type="checkbox"/>	
10. Otros, indique ¿Cuál?.....	<input type="checkbox"/>	

48. ACTUALMENTE, si no está participando en un programa de inserción social:

- a- ¿Por qué iniciaría uno? (Indique dos razones, siendo el 1 la más importante).

1).....

2).....

- b- 3) No quiero iniciar ningún programa ahora ☐

¿Por qué?.....

49. Si usted ha abandonado un programa, ¿por qué lo hizo? (Puede elegir varias respuestas, ordene posteriormente con 1, 2, 3..., siendo 1 la más importante).

MOTIVOS		Nº preferencia
1. Nunca he hecho ningún curso	<input type="checkbox"/>	-
2. No he abandonado ningún programa iniciado	<input type="checkbox"/>	-
3. Traslado a otro centro	<input type="checkbox"/>	
4. Aburrimiento	<input type="checkbox"/>	
5. Expulsión	<input type="checkbox"/>	
6. Enfermedad	<input type="checkbox"/>	
7. Presión de mi pareja	<input type="checkbox"/>	
8. Cargas familiares	<input type="checkbox"/>	
9. Dificultad para realizar otras actividades	<input type="checkbox"/>	
10. NS/NC	<input type="checkbox"/>	
11. Otros, indique ¿Cuál?..	<input type="checkbox"/>	

BLOQUE III

50. Indique cómo son en general sus relaciones actuales con (i):
(Leer y marcar todas las opciones).

	No hay relación	Mala	Regular	Buena	Muy buena	No * Procede
1. Compañeros (hombres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Compañeras (mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Funcionarios (hombres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Funcionarias (mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Trabajadores sociales (hombres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Trabajadoras sociales (mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Educadores (hombres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Educadoras (mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Psicólogos (hombres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Psicólogas (mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Juristas Hombres (hombres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Juristas Mujeres (mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Monitores (hombres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Monitoras (mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Educadores infantiles (hombres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Educadoras infantiles (mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Subdirectores (hombres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Subdirectoras (mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Directores (hombres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Directoras (mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Maestros (hombres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Maestras (mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Voluntarios (hombres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Voluntarias (mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Otros: ¿quién?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* No procede: No existe la figura o la persona para valorar

51. Conteste a las siguientes cuestiones. (Leer y marcar todas las opciones).

	DURANTE CONDENA N= nunca AV= A veces (pocas veces) CF= Con frecuencia (muchas veces) S= siempre	
1. Las mujeres somos más fuertes y capaces que los hombres para aguantar los problemas	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	
2. Pienso mucho en las consecuencias de mis actos antes de tener un problema o conflicto, por eso "lo llevo muy bien".	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	
3. Existe rivalidad, envidia y competitividad entre las compañeras de prisión	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	
4. Discuto acaloradamente sin llegar a las manos con mis compañeras de prisión	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	
5. Tengo o he tenido discusiones o problemas con mis compañeras de prisión llegando a las manos	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	
6. No destaco en mis participaciones en las actividades o relaciones con el personal penitenciario para que mis compañeras no se me "echen encima"	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	
7. Me llevo bien con el personal penitenciario para tener buen trato o beneficios	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	
8. He tenido o tengo problemas y discusiones con el personal penitenciario, ¿tipo de problema?.....	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	
9. El medio cerrado y los reglamentos en prisión no dejan que pueda atender adecuadamente a mi hijo/a	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No procede (no tengo hijo/a) <input type="checkbox"/>
10. En el módulo soy colaboradora con mis compañeras y cuando yo lo necesito, me ayudan.	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	
11. He aprendido en la prisión a controlar mis impulsos	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	
Observación:		

*Observación: puede incluir información adicional o que puntualice el hecho, la persona u otra cuestión de interés. -opcional-

52. ¿Considera usted que la vida en prisión de las mujeres en comparación a la de los hombres es en relación a...? (Leer y marcar todas las opciones).

	Peor	Igual	Mejor
1. Celda/Habitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Espacios comunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Módulos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Destino o trabajo remunerado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Actividades socioculturales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Actividades para el empleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Beneficios penitenciarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Educación familiar (escuela de padres, madres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tratamiento Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tratamiento psicológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tratamiento drogodependencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Atención recibida del funcionariado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Salidas y programas en el exterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Otros recursos ¿cuál?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. ¿Cómo valora las consecuencias, en su vida, desde la estancia en prisión?

1. Mala ☐ 2. Regular ☐ 3. Buena ☐ 4. Muy buena ☐

54. Indique cómo son las relaciones familiares actuales durante el cumplimiento de la condena con las siguientes personas:

(Leer y marcar todas las opciones).

	No hay relación	Mala	Regular	Buena	Muy buena	No * procede
1. Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pareja actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hijos residiendo con usted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hijas residiendo con usted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hijos que no residen con usted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hijas que no residen con usted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hermanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Otros ¿quiénes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* No procede: No existe la persona para valorar

55. Cuando tiene problemas/dificultades personales, ¿ha tenido o tiene apoyo por parte de? (Marque de quien ha tenido apoyo antes y después de entrar en prisión, puede señalar varias opciones).

	Antes de cumplir condena	Durante la condena
1. De nadie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Padre	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
3. Madre	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
4. Pareja	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
5. Familia de las parejas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
6. Hermanos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
7. Hermanas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
8. Otros familiares	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
9. Compañeras de internamiento	-	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
10. Compañeros de internamiento	-	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
11. Amigos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
12. Amigas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
13. Vecinos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
14. Vecinas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
15. Compañeros de trabajo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
16. Compañeras de trabajo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
17. Grupos, instituciones o entidades. ¿Cuál?.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
18. Otros: ¿Cuál?.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
19. Observaciones:		

**Observación: puede incluir información adicional o que puntualice el hecho, la persona, el tipo de ayuda u otra situación o cuestión de interés. –opcional-*

56. Cumplimente el siguiente cuadro relacionado con su actual pareja o con última pareja en el caso de no tener una pareja en este momento.

(Leer y marcar todas las opciones).

	ANTES CONDENA <i>N= nunca</i> <i>AV= A veces (pocas)</i> <i>CF= Con frecuencia (muchas)</i> <i>S= Siempre</i>	DURANTE CONDENA <i>N= nunca</i> <i>AV= A veces (pocas)</i> <i>CF= Con frecuencia (muchas)</i> <i>S= Siempre</i>
1.Me impide o dificulta tener relaciones con mi familia, amigos/as, compañeros/as	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
2.Me pone trabas para que trabaje o estudie	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
3.Me pone trabas a que participe en actividades o reuniones sociales	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
4. Controla mi forma de vestir y de arreglarme	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
5. Me obliga a pensar y a creer en lo mismo que él.	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
6.Me obliga a hacer trabajos que no son "buenos" o peligrosos (trabajos ilegales, delictivos, social o moralmente cuestionados)	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
7.Intentar controlar mi dinero, compras o gastos que hago	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
8.Usa mi dinero como si fuese suyo	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
9.Cuando se enfada llega a empujarme o golpearme	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
10.Cuando se enfada agrede a animales u objetos de mi estima	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
11. Me hace sentir poca cosa y no reconoce lo que valgo.	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
12. Me insulta, humilla o amenaza	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
13. En ciertas ocasiones sus comportamientos me producen miedo	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
14. Me fuerza a mantener relaciones sexuales contra mi deseo	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
15. Me obliga a mantener relaciones sexuales degradantes o humillantes	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
Observaciones: señalar alguna cosa que desee aclarar		

57. ¿Alguna vez, ha podido llegar a hacer daño a sus hijos/as?

1. Sí ☐ → Indique ¿de qué tipo o forma?

2. No ☐

3. NS/NC ☐

58. ¿Alguna vez, sus hijos/as han sido maltratados/as por otra persona?

1. Sí ☐ → Indique ¿por quién?

2. No ☐

3. NS/NC ☐

59. ¿Ha puesto Ud. alguna denuncia por malos tratos?

1. Sí ☐ → indique

1. Por malos tratos hacia usted ☐

2. Por malos tratos hacia sus hijos/as ☐

3. Por malos tratos hacia algún miembro de su familia ☐

2. No ☐

3. NS/NC ☐

BLOQUE IV

60. ¿Padece algún problema/enfermedad de salud física que Ud. conozca?

1. Sí ☐ → Rellene la tabla

2. No ☐ → Pase a 61

3. NS/NC ☐ → Pase a 61

60.1. ENFERMEDADES	Sí	Año desde que padece (*)	¿Recibe tratamiento médico?	
			Sí	No
1. VIH	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hepatitis A y/o B	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hepatitis C	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Otras enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Otras, indique ¿cuál?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(*) Si no recuerda el año, deje en blanco la respuesta y continúe.

61. ¿Usted siente o padece alguna de estas situaciones y/o problemas?

(Leer y marcar todas las opciones)

SENSACIONES O SITUACIONES	Sí	No	NS/NC
1. Me encuentro deprimida, triste y vacía sin causa o motivo aparente o fuerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Suelo estar nerviosa, ansiosa, intranquila, tensa, etc. con miedo o temor continuo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me olvido con facilidad las cosas o me cuesta concentrarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Escucho voces en mi cabeza o he oído voces sin que haya nadie alrededor. Siento que me espían o persiguen más de lo normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cuando me enfado o no consigo lo que quiero, me salen insultos, rompo cosas, amenazo o agredo a alguien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. En alguna ocasión me han diagnosticado la personalidad <input type="checkbox"/> antisocial <input type="checkbox"/> , límite <input type="checkbox"/> o histriónico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. He perdido peso mediante dietas exageradas, ayunando o haciendo ejercicios intensos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hay periodos que tras meterme atracones de comida me siendo mal y vomito de forma continua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Alguna vez he realizado alguna cosa para morirme de verdad y terminar con mi sufrimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Alguna vez me he golpeado o lesionado para haceme daño a mí misma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Otro diagnóstico de salud mental, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sí
¿Cuántos?

62. ¿Recibe usted tratamiento por estos problemas u otros psicológicos o psiquiátricos?

(Se refiere a la pregunta anterior nº 61. Marcar con una X lo que corresponda).

TRATAMIENTO	Sí	No	NS/NC
1. No recibo ningún tratamiento ni tomo nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Automedicación, las que me recomiendan las amigas, compañeras u otras personas de mi entorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Farmacológico, sólo las que me receta el médico/psiquiatra o servicio asistencial sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Recibo tratamiento con el Psicólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Otros, indique ¿cuál?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63. ¿Tiene usted reconocida alguna incapacidad?

	Sí	63.1. Sí, ¿en qué grado? <input type="checkbox"/>	No	NS/NC
1. Física	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Psíquica	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sensorial	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(*) Si no recuerda el porcentaje, deje en blanco la respuesta y continúe.

64. Si tiene hijos/as, ¿alguno de ellos/as nació con síndrome de abstinencia?

1. Sí ☐ → ¿Fue hospitalizado? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. NS/NC ☐
2. No ☐ 3. NS/NC ☐

65. Durante sus relaciones sexuales, ¿utiliza métodos anticonceptivos?

		¿Cuál?
1. Siempre	<input type="checkbox"/>	
2. A veces	<input type="checkbox"/>	
3. Nunca	<input type="checkbox"/>	
4. Ns/Nc	<input type="checkbox"/>	

BLOQUE V

66. ¿Ha consumido alcohol y/o tabaco a lo largo de su vida?

1. Sí ☐ 2. No (nunca he probado nada) ☐ → Pasar a 71 3. NS/NC ☐

67. ¿Ha consumido otras drogas a lo largo de su vida?

1. Sí ☐ 2. No (nunca he probado nada) ☐ → Pasar a 71 3. NS/NC ☐

68. ¿Consume usted alcohol y/o tabaco en la actualidad?

1. Sí ☐ 2. No ☐ → Pasar a 71 3. NS/NC ☐

69. ¿Consume usted alguna droga en la actualidad?

1. Sí ☐ → Pasar a 71 2. No ☐ 3. NS/NC ☐

70. En caso de abstinencia ¿Cuánto tiempo lleva usted sin consumir la sustancia principal que le ha generado problemas? (Marque con una X lo que corresponda).

1. Menos de 1 año	<input type="checkbox"/>
2. Entre 1 y 2 años	<input type="checkbox"/>
3. Entre 3 y 5 años	<input type="checkbox"/>
4. Más de 5 años	<input type="checkbox"/>

71. ¿Ha realizado repetidamente alguna actividad/situación peligrosa bajo los efectos de alguna sustancia? (Leer y marcar todas las opciones).

	SÍ	NO	NS/NC
1. Conducir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Problemas legales repetidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Discusiones, actos violentos, agresivos, con amigos o la gente del entorno social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Discusiones, actos violentos, agresivos, con la pareja o familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Problemas/dificultades en la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Problemas/dificultades en el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Problemas/dificultades en el colegio o centro de estudios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Expuesta en la calle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Otros, ¿cuál?.....	<input type="checkbox"/>	-	-
10. No he hecho ninguna actividad peligrosa	<input type="checkbox"/>		

ANTERIOR AL INGRESO EN PRISIÓN: (Último ingreso).

72. ¿Ha tenido usted alguna vez tratamiento de cualquier tipo para dejar o controlar el consumo de drogas?

1. Sí ☐ 2. No ☐ → Pasar a 79 3. NS/NC ☐

73. ¿Qué tipo de tratamiento ha recibido? (Marcar con una X lo que corresponda, junto al número de veces que ha recibido dicho tratamiento).

	NO	SÍ	(SÍ) ¿Cuántas veces?	Sustancia principal de tratamiento
1. Desintoxicación (ambulatoria, hospitalaria, clínica privada, centro privado...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Tratamiento ambulatorio (centros salud, consultas privadas, psicólogo, psiquiatra...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Centro de día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Comunidad Terapéutica, (tratamiento residencial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Tratamiento con metadona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Otros, indique ¿cuál?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

74. ANTES DE ENTRAR EN PRISIÓN POR PRIMERA VEZ

(Completar el siguiente cuadro marcando con una X lo que corresponda).

SUSTANCIA	Consumió alguna vez		Edad de inicio	Tiempo de consumo (meses/Años)	Frecuencia				VIA de consumo							
	sí	no			1. Probad (1 - 4 veces puntual)	2. Ocasional	3. semanal	4. diaria	1. Oral: boca o tragada	2. Fumada: en pipa, tipo chino, pipa, botella...	3. Fumada tipo Cigarro	4. Inyectada	5. Esnifada: nariz	Otras formas de consumo	N/A	
1. Tabaco																
2. Alcohol																
3. Cannabis																
4. Tranquilizantes / Hipnóticos recetados																
5. Tranquilizantes / Hipnóticos no recetados																
6. Heroína sola																
7. Heroína + Cocaína																
8. Metadona recetada																
9. Metadona no recetada																
10. Opiáceos diferentes a heroína o metadona no recetados por el médico																

20

11. Cocaína base																
12. Cocaína polvo																
13. Anfetaminas																
14. Éxtasis																
15. Alucinógenos																
16. Inhalables																
17. Anestésicos. Extasis líquido: ketamina																
18. Otras sustancias: ¿Cuál?																
19. Observación. Indique sustancia principal de consumo:..... (Puede añadir lo que desee)																

21

75. ¿Finalizó el último tratamiento estando aún en libertad?

1. Sí ☐ 2. No ☐ → Pasar a Rellenar motivo en tabla
3. NS/NC ☐

75.1. MOTIVO	SI	NO	NS/NC
1. En el centro le dieron el alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se fue voluntariamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le expulsaron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le enviaron a otro centro de tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ingresó en prisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Otros, Indique ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DESPUÉS DEL INGRESO EN PRISIÓN (Último ingreso)

76. ¿Continuó en la prisión el tratamiento que estaba recibiendo estando en libertad?

1. Sí ☐ 2. No ☐ → Pasar a 78 3. NS/NC ☐

77. ¿Cuál fue el motivo por el que continuó el tratamiento?

(Puede marcar varias opciones)

MOTIVOS	
1. Porque lo necesitaba	<input type="checkbox"/>
2. Por la accesibilidad para estar en tratamiento y hacer otras actividades (destino, talleres,...)	<input type="checkbox"/>
3. Por la confianza hacia las normas y/o programas de tratamiento	<input type="checkbox"/>
4. Porque me ofrecieron entrar en tratamiento	<input type="checkbox"/>
5. Otros, indique ¿cuál?.....	<input type="checkbox"/>

78. ¿Cuál fue el motivo principal por el que **no continuó el tratamiento desde el ingreso en prisión. (Puede marcar varias opciones)**

MOTIVOS	
1. Porque no lo necesitaba	<input type="checkbox"/>
2. El tratamiento me resultaba muy duro	<input type="checkbox"/>
3. Me interfería estar en otras actividades	<input type="checkbox"/>
4. Porque no tenía confianza hacia las normas y/o programas de tratamiento	<input type="checkbox"/>
5. Por conducción o traslado	<input type="checkbox"/>
6. NS/NC	<input type="checkbox"/>
7. Otros, indica ¿cuál?.....	<input type="checkbox"/>

79. ¿Ha realizado repetidamente alguna actividad/situación peligrosa bajo los efectos de alguna sustancia? (Leer y marcar todas las opciones).

	SÍ	NO	NS/NC
8. Conducir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Problemas legales repetidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Discusiones, actos violentos, agresivos, con amigos o la gente del entorno social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Discusiones, actos violentos, agresivos, con la pareja o familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Problemas/dificultades en la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Problemas/dificultades en el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Problemas/dificultades en el colegio o centro de estudios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Expuesta en la calle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Otros, ¿cuál?.....	<input type="checkbox"/>	-	-
10. No he hecho ninguna actividad peligrosa	<input type="checkbox"/>		

ANTERIOR AL INGRESO EN PRISIÓN: (Último ingreso).

80. ¿Ha tenido usted alguna vez tratamiento de cualquier tipo para dejar o controlar el consumo de drogas?

1. Sí ☐ 2. No ☐ → Pasar a 79 3. NS/NC ☐

81. ¿Qué tipo de tratamiento ha recibido? (Marcar con una X lo que corresponda, junto al número de veces que ha recibido dicho tratamiento).

	NO	SÍ	(SI) ¿Cuántas veces?	Sustancia principal de tratamiento
7. Desintoxicación (ambulatoria, hospitalaria, clínica privada, centro privado...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. Tratamiento ambulatorio (centros salud, consultas privadas, psicólogo, psiquiatra...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Centro de día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10. Comunidad Terapéutica, (tratamiento residencial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11. Tratamiento con metadona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12. Otros, indique ¿cuál?		<input type="checkbox"/>		

82. EN LA ACTUALIDAD (Completar el siguiente cuadro marcando con una X lo que corresponda).

SUSTANCIA	CONSUMO EN LOS ULTIMOS 30 DÍAS			¿Se Inició en prisión?			Tiempo de consumo (meses/años)	Frecuencia				VIA de consumo						
	Si	no	Ns/Nc	Si	No	Ns/Nc		1. Probada (1-4 veces)	2. ocasional	3. semanal	4. diaria	1. Oral: boca o tragada	2. Fumada: en plata, tipo chino, pipa, botella...	3. Fumada tipo Cigarro	4. Inyectada	5. Esnifada .nariz	Otras formas o vias para consumir	Ns/no
1. Tabaco																		
2. Alcohol																		
3. Cannabis																		
4. Tranquilizantes / Hipnóticos recetados																		
5. Tranquilizantes /Hipnóticos no recetados																		
6. Heroína sola																		
7. Heroína + Cocaína																		
8. Metadona recetada																		
9. Metadona no recetada																		
10. Opiáceos diferentes a heroína o metadona no																		


24

recetados por el médico																		
11. Cocaína base																		
12. Cocaína polvo																		
13. Anfetaminas																		
14. Extasis																		
15. Alucinógenos																		
16. Inhalables																		
17. Anestésicos. Extasis líquido: ketamina																		
18. Otras sustancias ¿Cuál?.....																		
19. Observación. Sust. principal ¿Cuál?.....																		

25

83. ¿**ACTUALMENTE** está en tratamiento para dejar o controlar el consumo de drogas?

1. Sí ☐ 2. No ☐ → Pasar a 84 3. NS/NC ☐

84. ¿Qué tipo de tratamiento está recibiendo? (Puede marcar varias opciones. Observación: marque con una X adicional el programa principal )


TIPO DE TRATAMIENTO ACTUAL	
1. Tratamiento de desintoxicación	<input type="checkbox"/>
2. Tratamiento de deshabitación (sin metadona)	<input type="checkbox"/>
3. Tratamiento de deshabitación con metadona	<input type="checkbox"/>
4. Intercambio de jeringuillas	<input type="checkbox"/>
5. Otros. Indique ¿cuál?.....	<input type="checkbox"/>
6. Observación: Sustancia principal. Indique ¿cuál?.....	<input type="checkbox"/>

85. ¿Cuáles fueron los motivos por los que inició el último tratamiento? (Señale dos motivos que considere más importantes)

MOTIVOS	
1. Presiones familiares: Pareja, padres, hijos	<input type="checkbox"/>
2. Quedarme embarazada	<input type="checkbox"/>
3. Enfermedad física (VIH, Hepatitis, otras)	<input type="checkbox"/>
4. Problemas psíquicos	<input type="checkbox"/>
5. Otros: indique ¿cuál?.....	<input type="checkbox"/>

86. ¿Qué valoración global hace de este tratamiento? (del programa principal)

1. Mala ☐ 2. Regular ☐ 3. Buena ☐ 4. Muy buena ☐

87. En caso de **NO ESTAR** actualmente en tratamiento, ¿cuáles son los motivos? (Señale dos motivos que considere más importantes ):

MOTIVOS	
1. Porque no lo necesito	<input type="checkbox"/>
2. No quiero o no me apetece realizar ningún tratamiento	<input type="checkbox"/>
3. Por dificultades para estar en tratamiento y hacer otras actividades (destino, talleres, ...)	<input type="checkbox"/>
4. Por desconfianza hacia las normas y/o programas de tratamiento	<input type="checkbox"/>
5. Porque no me ofrecieron entrar en tratamiento	<input type="checkbox"/>
6. Por conducción o traslado	<input type="checkbox"/>
7. Alta en otro programa	<input type="checkbox"/>
8. Abandono, baja voluntaria	<input type="checkbox"/>
9. Expulsión	<input type="checkbox"/>
10. Porque ya no consumo	<input type="checkbox"/>
11. NS/NC	<input type="checkbox"/>
12. Otros, indique ¿cuál?.....	<input type="checkbox"/>

88. En el caso que usted siga consumiendo drogas, señale **dos motivos** por las que iniciaría un tratamiento

MOTIVOS	
1. Porque tengo confianza en los profesionales	<input type="checkbox"/>
2. Porque quiero cambiar mi estilo de vida	<input type="checkbox"/>
3. Por no causar daño/sufrimiento "a mi alrededor"	<input type="checkbox"/>
4. Otros, indique ¿cuál?.....	<input type="checkbox"/>

89. Marque con una X la frase con la que está de acuerdo:
(Marcar una sola respuesta)

FRASES	
1. No tengo ningún problema con las drogas y no necesito cambiar	<input type="checkbox"/>
2. Creo que podrían ayudarme en el problema con las drogas.	<input type="checkbox"/>
3. He empezado a hacer algo con mi problema con las drogas y necesito más ayuda.	<input type="checkbox"/>
4. Llevo más de una semana sin consumir y necesito que me sigan ayudando.	<input type="checkbox"/>
5. Llevo más de seis meses sin consumir.	<input type="checkbox"/>
6. Varios años sin consumir	<input type="checkbox"/>

90. ¿Ha consumido alcohol, tabaco o drogas estando embarazada?

1. Sí ☐ → Rellenar la tabla 2. No ☐ → Pasar a 88 3. NS/NC ☐

87.1.SUSTANCIA	
1. Tabaco	<input type="checkbox"/>
2. Alcohol	<input type="checkbox"/>
3. Cannabis	<input type="checkbox"/>
4. Tranquilizantes/Hipnóticos	<input type="checkbox"/>
5. Heroína sola	<input type="checkbox"/>
6. Metadona no recetada	<input type="checkbox"/>
7. Metadona recetada	<input type="checkbox"/>
8. Opiáceos diferentes a heroína o metadona no recetados por el médico, por ejemplo, adolonta, morfina... (i)	<input type="checkbox"/>
9. Cocaína base	<input type="checkbox"/>
10. Cocaína polvo	<input type="checkbox"/>
11. Heroína + Cocaína	<input type="checkbox"/>
12. Anfetaminas	<input type="checkbox"/>
13. Éxtasis	<input type="checkbox"/>
14. Alucinógenos	<input type="checkbox"/>
15. Inhalables	<input type="checkbox"/>
16. Anestésicos. éxtasis líquido: ketamina	<input type="checkbox"/>
Otros, indique ¿Cuál?.....	<input type="checkbox"/>
17. Observación: Indicar la sustancia principal de consumo:	

91. Si ha tenido alguna recaída últimamente, marque con una X los motivos
(Puede marcar varias opciones)

MOTIVOS	
1. Deseo incontrolable de consumir la sustancia (Craving).	<input type="checkbox"/>
2. Exceso de seguridad: sensación de poder controlar el consumo de la sustancia.	<input type="checkbox"/>
3. Presencia de aspectos emocionales desagradables: tristeza, frustración, rabia...	<input type="checkbox"/>
4. Ingreso en prisión	<input type="checkbox"/>
5. Sentir que estaba en prisión y perdí a mis hijos/as	
6. Salida de prisión y volver a entorno anterior	<input type="checkbox"/>
7. Presencia de problemas sociales.	<input type="checkbox"/>
8. Presencia de problemas familiares.	<input type="checkbox"/>
9. Presencia de problemas con la pareja	<input type="checkbox"/>
10. Por no querer afrontar mi realidad del día a día	<input type="checkbox"/>
11. Otro, Indique ¿Cuál?...	<input type="checkbox"/>

92. ¿Alguno de sus familiares tiene o ha tenido algún problema con el alcohol y/o otras drogas?

1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. NS/NC ☐

SÍ ALCOHOL	NO		NS/NC		SI OTRAS DROGAS ILEGALES		NO	NS/NC
	89.1	89.2			89.3	89.4		
	Tiene	Ha tenido			Tiene	Ha tenido		
1. Ninguno <input type="checkbox"/>	-	-			-	-	-	-
2. Padre <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Madre <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hijos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hijas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hermanos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hermanas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pareja actual <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Parejas anteriores <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Otros, ¿quién? ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

93. ¿Existen módulos o programas de tratamiento de drogas en su centro de cumplimiento o en colaboración con el mismo?

1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. NS/NC ☐

94. ¿Son sólo para mujeres? (grupos o programas específicos para mujeres).

1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. NS/NC ☐

95. ¿Quiere Usted añadir algo más o comentarnos alguna cuestión?

.....
.....
.....

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO 2. Consentimiento informado.



“Mujeres reclusas drogodependientes y su reinserción social. Estudio socioeducativo y propuestas de acción (Ref.EDU2009-13408)”

Número de muestra: |__|__|__|__|

HOJA DE INFORMACIÓN A LA PARTICIPANTE

A través de la presente nos gustaría invitarle a participar en el estudio de investigación que estamos llevando a cabo con el aval del Ministerio de Ciencia e Innovación, cuenta con la autorización de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y bajo la responsabilidad de distintos/as estudiosos/as de universidades españolas y extranjeras, lideradas por la Universidad de Granada.

Objetivos del estudio:

El presente trabajo pretende profundizar en la realidad de las mujeres que se encuentran cumpliendo pena y que participan o han participado en los programas de la red de recursos que, en España, hay establecidos para el 2º y 3er grado.

Busca fundamentalmente conocer, desde su propia voz, sus problemas, necesidades, inquietudes y motivaciones, historias, vivencias, potenciales, opiniones sobre los programas, etc., con el fin de elaborar un programa socioeducativo específico que responda a su realidad y que favorezca y facilite su reincorporación definitiva a la sociedad.

Por ello es sumamente importante y valiosa su participación y toda la información que nos proporcione, para tal fin le pedimos que sea lo más sincera posible. Esto permitirá que hagamos un mejor trabajo y repercutirá en su beneficio y en el de todas mujeres.

Descripción del estudio:

Ante todo la participación en este estudio es completamente voluntaria. Si decide participar en el mismo deberá rellenar un cuestionario o ser entrevistada por el/la profesional que lo realiza. La recogida de información de la entrevista será mediante la grabación de la voz (formato audio), las mismas que serán transcritas y, una vez que se concluya el estudio, éstas serán eliminadas. Tan sólo le podremos informar, en el futuro, del progreso global de la investigación con el objetivo de respetar su anonimato.

Abandono del estudio:

Ud. es absolutamente libre de abandonar durante el desarrollo de la entrevista o en cualquier momento de la elaboración del cuestionario. Este hecho no producirá ningún perjuicio, pérdida de servicios o beneficios en su centro, en el programa o en el tratamiento que está recibiendo o participando y a los que tiene derecho.

Confidencialidad:

Todos los datos y la información del cuestionario o de la entrevista que nos ofrezca serán totalmente anónimos y estarán protegidos (Art. 18.1 de la Constitución, Art. 4.2.b y 211 del Reglamento Penitenciario y lo dispuesto en la Ley 15/1999 de Protección de Datos), incluyendo esta hoja de consentimiento. Ninguna persona del Centro tendrá acceso al contenido de los cuestionarios o de la entrevista y nadie vinculará las respuestas con Ud. o le identificará. Asimismo, en el tratamiento de la información, en el informe o en las publicaciones que se generen como fruto de esta investigación los datos serán incorporados de forma global; por tanto puede expresarse con total libertad.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre este estudio, por favor comuníquese a la dirección de proyecto en el siguiente e mail: proyectomujeresreclusas@gmail.com ; o al Despacho 404, de la Facultad de Ciencias de la Educación, Campus Cartuja S/N, 18074, Granada.

Finalmente, a continuación se le formula una serie de preguntas con el fin de concretar su participación. Muchas Gracias.

HOJA DE CONSENTIMIENTO

Por favor marque con una "X" lo que corresponda.

1. ¿He leído la hoja de información de la participante?SI ☐ / NO ☐

2. ¿He tenido oportunidad de hacer preguntas y aclarar todas
aquellas dudas que tengo sobre el estudio?SI ☐ / NO ☐

3. ¿He recibido respuestas satisfactorias a todas mis preguntas?....SI ☐ / NO ☐

4. ¿Entiendo que soy libre de dejar el estudio?

en cualquier momento.....SI ☐ / NO ☐

sin tener que dar ningún tipo de explicaciones.....SI ☐ / NO ☐

sin que esto afecte a mi tratamiento-programa.....SI ☐ / NO ☐

5. ¿Estoy de acuerdo en participar en el estudio?.....SI ☐ / NO ☐

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Nombre y Apellidos participante

Fecha

Firma

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba
firmante. Le he explicado las características y beneficios del estudio.


Nombre y Apellidos entrevistador/a

Fecha

Firma

-encuestador/a

**ANEXO 3. Autorización de investigación del Ministerio del Interior.
Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.**

	MINISTERIO DEL INTERIOR	<div>SEC. GRAL. INSTITUCIONES PENITENCIARIAS UNIDAD DE APOYO</div> <div>06 MAYO 2011</div> <div>SALIDA Nº 1321</div>	SECRETARIA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS UNIDAD DE APOYO
<div><div>O F I C I O</div><div>S/REF.</div><div>N/REF.</div><div>FECHA</div><div>ASUNTO</div></div> <div>06 de mayo de 2011</div> <div>AUTORIZACIÓN INVESTIGACIÓN</div> <div>Sra. D^a. Fanny T. Añaños Bedriñana fanntab@ugr.es</div>			



6º.- La dirección de cada centro fijará las condiciones para que las actividades derivadas de la autorización se desarrollen adecuadamente sin perturbar el desarrollo de los servicios, pero prestando la colaboración necesaria para el desarrollo de la actividad.

7º.- En caso de **publicación del estudio debe remitir a esta Secretaría General un ejemplar** de la misma para incorporarlo al fondo bibliográfico de nuestra Biblioteca y libre consulta de los usuarios de la misma.

Se deberá remitir a estos Servicios Centrales un informe-memoria del trabajo realizado y los resultados obtenidos.

Deberá coordinar con los Directores de los Centros los días de visita:

Puede consultar el directorio telefónico en el siguiente enlace la página web:
<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/centrosPenitenciarios/localizacion>

Si tiene algún problema en contactar con algún centro, no dude en ponerse en contacto con esta Unidad de Apoyo.

LA VOCAL ASESORA



MINISTERIO
DEL INTERIOR

SECRETARÍA GENERAL
DE INSTITUCIONES
PENITENCIARIAS



CONDICIONES A RESPETAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “MUJERES RECLUSAS DRGODEPENDIENTES Y SU REINSERCIÓN SOCIAL. ESTUDIO EDUCATIVO Y PROPUESTAS DE ACCIÓN”

1º.- La autorización tendrá validez hasta el 30 de noviembre de 2011. Si fuera necesaria su prolongación, deberá tramitar una nueva solicitud justificando las causas de su continuidad.

2º.- La selección de los internos, compaginará los criterios de la investigación con las limitaciones penitenciarias. En cualquier caso, **la colaboración de los internos así como los miembros de los Equipos Técnicos será voluntaria**, informándoles personalmente de los objetivos de la investigación de manera suficiente, para que su participación sea realmente libre. De esta circunstancia deberá quedar nota escrita en el centro respecto de los internos.

3º.- La investigación garantizará **el carácter anónimo** de los internos participantes, sustituyéndose el nombre de los mismos si se considera necesario. En todo caso se velará por la intimidad los participantes, protegida en el artículo 18.1 de la Constitución, evitando la correspondencia de los datos obtenidos y sus titulares. Igualmente deberá respetarse lo previsto en los artículos 4.2.b y 211 del Reglamento Penitenciario y lo dispuesto en la Ley 15/1999 de Protección de datos.

4º.- La Dirección de cada Centro Penitenciario, como garante de la especial situación jurídica de los internos, deberá aprobar antes su realización:

- El modelo escrito de **consentimiento del interno**.
- La información que se va a facilitar al interno, a fin de obtener **su voluntaria participación**.
- Cualquier cambio sustancial que se vaya a producir en el desarrollo de la investigación.

5º.- Del estudio realizado deberá facilitar **copia a esta Secretaría General** por su interés y para valoración conjunta antes de realizar cualquier publicación o explotación pública de los datos o resultados obtenidos. Tampoco deberá facilitar datos a terceros sin autorización de este centro directivo.

6º.- La dirección de cada centro fijará las condiciones para que las actividades derivadas de la autorización se desarrollen adecuadamente sin perturbar el desarrollo de los servicios, pero prestando la colaboración necesaria para el desarrollo de la actividad.

7º.- En caso de **publicación del estudio debe remitir a esta Secretaría General un ejemplar** de la misma para incorporarlo al fondo bibliográfico de nuestra Biblioteca y libre consulta de los usuarios de la misma.

Presto mi CONFORMIDAD a las condiciones descritas anteriormente, en el desarrollo del trabajo de investigación que me propongo realizar. Como prueba de ello, firmo el presente documento en

MINISTERIO
DEL INTERIOR

SECRETARÍA GENERAL
DE INSTITUCIONES
PENITENCIARIAS

ANEXO 4. Autorización de investigación: Generalitat de Catalunya.

Asunto: RV: Confirmamos interés en investigación
De:
Desde: "Guerrero Benitez, Antonia Maria"
: <antonia.guerrero@gencat.cat>
Fecha: 2011.06.22 11:44 am

A: fanntab@ugr.es
Prioridad: Normal

Guardar dirección:

86053	INBOX	1
-------	-------	---

"Guerrero Benitez, Antonia Maria" <antonia.guerrero@gencat.cat>

Guardar

Opciones: [Ver cabeceras completas](#) | [Versión imprimible](#) | [Descargar como fichero](#)

De: Zino Torrazza, Julio Cesar
Enviado: divendres, 10 / juny / 2011 10:43
Per a: Araceli Fernández
a/c: Guerrero Benitez, Antonia Maria
Tema: Confirmamos interés en investigación

Estimada Araceli,

Desde la Subdirección General de Programas de Rehabilitación y Sanidad confirmamos el interés en que las mujeres internas en las prisiones catalanas y nuestros equipos de profesionales participen en la investigación que estáis llevando a cabo. Para todo lo relacionando con la colaboración necesaria para llevar a cabo dicha investigación podéis poneros en contacto con Antonia Guerrero, persona la cual será vuestro enlace para entrar en los centros y para facilitaros toda la información que requiráis.

Por otro lado, insistir en nuestro interés por poder disponer de los datos de Cataluña, dado que es la única comunidad que tiene competencias transferidas en esta materia, cosa que permite un modelo de rehabilitación distinto.

Y por último, pensamos que será muy interesante el producto final de la investigación, el programa socieducativo del cual queríamos también participar.

Muchas gracias por todo.

Atentamente,

Julio Zino Torrazza
Responsable de la Unitat de Nous Projectes i Programes de
Contingut Transversal
Aragó 332 | 08009 Barcelona | Telèfon: 935570684 | Fax:
932140156
jzino@gencat.cat | www.gencat.cat/justicia

Projecte Alfadigital: www.alfadigital.info

Aquest missatge s'adreça exclusivament a la persona
destinatària i pot contenir
informació privilegiada o confidencial. Si no sou la persona
destinatària indicada,
us recordem que la utilització, divulgació i/o còpia sense
autorització està
prohibida en virtut de la legislació vigent. Si heu rebut
aquest missatge per error,
us demanem que ens ho feu saber immediatament per aquesta via i
que el destruïu.

Abans d'imprimir aquest correu, assegureu-vos que és realment
necessari.

